

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ A

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC A TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

SYLVIE JACQUES

LA NATURE DES ACTIVITÉS SEXUELLES AU SEIN DE COUPLES

DONT L'HOMME EST BLESSÉ MÉDULLAIRE

AVRIL 1994

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Vers les années '50, les recherches sur la sexualité des hommes blessés médullaires s'amorçaient et demeuraient peu nombreuses (Uyttendaele, D'Hooghe, Brusselmans, De Groote et Claessens, 1979). Les thèmes traités concernaient particulièrement les fonctions physiologiques et les résultats de ces recherches étaient peu consistants. De nos jours, les études sont encore restreintes et elles s'orientent davantage sur la nature des activités sexuelles au sein des couples dont l'homme est blessé médullaire. La présente recherche explore l'ampleur et la direction des changements d'attitudes qui surviennent dans la sexualité de ces individus. Les hypothèses suggèrent qu'il existe des différences significatives entre les hommes du groupe expérimental et les hommes du groupe contrôle en ce qui concerne le type d'activités sexuelles, plus particulièrement les activités où l'homme procure du plaisir à sa partenaire. Pour mener à bien cette recherche, 20 sujets expérimentaux et 20 sujets contrôles ont été recrutés. Ces sujets sont considérés comparables en ce qui concerne l'âge et la durée de leur relation de couple. Un questionnaire démographique, le questionnaire d'interaction sexuelle (Trudel et Dufort, 1984) et le questionnaire d'exploration détaillée de mon vécu sexuel (Trempe, 1981) accompagné d'une question à développement, ont été complétés par chaque sujet ainsi que par leur conjointe. Un

questionnaire d'histoire de cas devait aussi être complété par chacun des hommes lésés. Les résultats indiquent qu'il existe des différences significatives, entre les groupes, en ce qui concerne certaines interactions. Il s'agit des baisers, des caresses envers la conjointe ainsi que de la génitalité de l'homme. Le sujet lésé pratiquerait plus fréquemment les baisers et les caresses envers sa partenaire tandis qu'il pratiquerait moins d'activités concernant son plaisir génital comparativement à l'homme sans lésion. Ces données tendent à supporter les hypothèses proposées et contribuent à la description des comportements sexuels rencontrés chez les hommes blessés médullaires. Le rôle de l'âge des sujets, de la durée de la relation de couple, du niveau de la lésion et du temps écoulé depuis l'accident est aussi exploré. Enfin, il semble que le niveau de satisfaction sexuelle tend à être moins important pour les individus lésés comparativement aux sujets neurologiquement sains.

Table des matières

	Page
LISTE DES TABLEAUX.....	v
REMERCIEMENTS.....	viii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE PREMIER - Contexte théorique et expérimental	5
La lésion médullaire: définition clinique.....	6
Approche conceptuelle de la sexualité des hommes blessés médullaires.....	9
La nature des activités sexuelles au sein des couples dont l'homme est blessé médullaire.....	20
Contexte actuel, (résumé) et direction de la présente recherche.....	22
CHAPITRE II - Méthode	24
Sujets.....	25
Instruments de mesure.....	29
Déroulement de l'expérience.....	40
CHAPITRE III - Résultats	44
L'analyse des données.....	45
Présentation et analyse des résultats.....	47
DISCUSSION.....	75
CONCLUSION.....	86
APPENDICES.....	89
RÉFÉRENCES.....	108

Liste des tableaux

Tableau	Page
1 Age des Sujets, Durée de la Relation de Couple (en années) et Niveau de la Lésion Médullaire (s'il y a lieu) des Sujets.....	26
2 Moyennes et Écarts-Types obtenus aux Échelles du QIS par les Hommes de la Recherche de Trudel et Dufort et par ceux du Groupe Contrôle de la Présente Recherche.....	37
3 Test de Mann-Whitney comparant les Deux Groupes sur la Fréquence Actuelle pour chaque Interaction Sexuelle du QIS.....	49
4 Moyennes et Écarts-Types pour chacun des Deux Groupes de la Fréquence Actuelle pour chaque Interaction Sexuelle du QIS.....	50
5 Test de Mann-Whitney comparant les Deux Groupes sur la Fréquence Souhaitée pour chaque Interaction Sexuelle du QIS.....	52
6 Moyennes et Écarts-Types pour chacun des Deux Groupes de la Fréquence Souhaitée pour chaque Interaction Sexuelle du QIS.....	53
7 Text de Mann-Whitney comparant les Résultats des Deux Groupes aux Échelles du QIS.....	56
8 Moyennes et Écarts-Types pour chacun des Deux Groupes aux Échelles du QIS.....	57
9 Corrélations de Spearman entre l'Age au Moment de la Passation du QIS et la Fréquence Actuelle de chaque Interaction Sexuelle du QIS pour chacun des Deux Groupes.....	59
10 Corrélations de Spearman entre l'Age au Moment de la Passation du QIS et la Fréquence Souhaitée de chaque Interaction Sexuelle du QIS pour chacun des Deux Groupes.....	61
11 Corrélations de Spearman entre l'Age au Moment de la Passation du QIS et les Résultats aux Échelles du QIS pour chacun des Deux Groupes...	62

Tableau		Page
12	Corrélations de Spearman entre la Durée de la Relation et la Fréquence Actuelle de chaque Interaction Sexuelle du QIS pour chacun des Deux Groupes.....	63
13	Corrélations de Spearman entre la Durée de la Relation et la Fréquence Souhaitée de chaque Interaction Sexuelle du QIS pour chacun des Deux Groupes.....	65
14	Corrélations de Spearman entre la Durée de la Relation et les Résultats aux Échelles du QIS pour chacun des Deux Groupes.....	67
15	Corrélations de Spearman entre le Temps Écoulé depuis la Lésion Médullaire et la Fréquence Actuelle de chaque Interaction Sexuelle du QIS pour le Groupe Expérimental.....	68
16	Corrélations de Spearman entre le Temps Écoulé depuis la Lésion Médullaire et la Fréquence Souhaitée de chaque Interaction Sexuelle du QIS pour le Groupe Expérimental.....	70
17	Corrélations de Spearman entre le Temps Écoulé depuis la Lésion Médullaire et les Résultats aux Échelles du QIS pour le Groupe Expérimental.....	71
18	Corrélations de Spearman entre le Niveau de la Lésion et la Fréquence Actuelle de chaque Interaction Sexuelle du QIS pour le Groupe Expérimental.....	72
19	Corrélations de Spearman entre le Niveau de la Lésion et la Fréquence Souhaitée de chaque Interaction Sexuelle du QIS pour le Groupe Expérimental.....	73
20	Corrélations de Spearman entre le Niveau de la Lésion et les Résultats aux Échelles du QIS pour le Groupe Expérimental.....	74
21	Données Brutes de la Fréquence Actuelle de chaque Activité du QIS pour chacun des Sujets du Groupe Expérimental.....	102

Tableau		Page
22	Données Brutes de la Fréquence Actuelle de chaque Activité du QIS pour chacun des Sujets du Groupe Contrôle.....	103
23	Données Brutes de la Fréquence Souhaitée de chaque Activité du QIS pour chacun des Sujets du Groupe Expérimental.....	104
24	Données Brutes de la Fréquence Souhaitée de chaque Activité du QIS pour chacun des Sujets du Groupe Contrôle.....	105
25	Résultats obtenus à chaque Échelle du QIS pour chacun des Sujets du Groupe Expérimental.....	106
26	Résultats obtenus à chaque Échelle du QIS pour chacun des Sujets du Groupe Contrôle.....	107

Remerciements

L'auteure ne pourrait passer sous silence la disponibilité et les précieuses informations de son directeur de recherche, monsieur Pierre Nolin. Il a su diriger cette thèse avec professionnalisme. Il a été une source d'encouragement tout au long de ce cheminement.

Un merci tout particulier aux personnes qui ont permis la réalisation de cette recherche et tout spécialement aux couples qui ont accepté de participer à ce projet.

Introduction

La sexualité est un aspect important de la vie de chaque individu. Elle influence l'enfance, l'adolescence et la vie adulte d'une façon différente mais tout aussi importante. Elle fait partie intégrante de la dynamique de chacun en ce sens qu'elle participe à l'image que l'on se fait de soi en tant qu'homme ou en tant que femme.

Cette perception de soi peut, en l'espace de quelques instants, prendre un tout autre tournant. C'est le cas des personnes blessées médullaires. En plus de s'attaquer à d'innombrables obstacles engendrés par la paralysie d'une partie de leur corps, ces personnes devront faire face à une sexualité différente. Cette sexualité aura subi, dans bien des cas, des modifications souvent drastiques et irréversibles. Elle devra être redéfinie à de nombreux égards soit sur les plans physique, moral perceptuel, psychologique et même technique.

La psychologie demeure une ressource importante afin de répondre en partie à ces aspects. Par ailleurs, peut-elle répondre à la question que toute personne blessée médullaire s'est posée? «Comment puis-je accéder à une vie sexuelle intéressante pour moi et mon(ma) partenaire en mettant ma

paralysie à contribution? Il y a environ 7 000 personnes lésées au Québec qui se posent ou se sont posé cette question angoissante. Le besoin est bien réel mais encore beaucoup d'aspects concernant cette perception de soi au travers de la sexualité demeurent pratiquement insondés.

Le processus de récupération des fonctions génitales, les réponses sexuelles, la reproduction et les aspects psycho-sociaux de la sexualité des personnes lésées sont autant de thèmes qui ont bénéficié d'une attention particulière par les chercheurs.

Contrairement aux thèmes énumérés ci-haut, il n'y a que très peu de recherches scientifiques orientées sur la nature des activités sexuelles et des attitudes employées. Toutefois, la majorité des auteurs convergent vers l'hypothèse que l'homme lésé modifie ses comportements sexuels. Certains auteurs spécifient que ces hommes tendent à faire plaisir à leur partenaire (Higgins, 1979; Willmuth, 1987; Cole, 1975; Comarr et Vigue, 1978; Hohmann, 1972; Ray et West, 1984). D'autres auteurs affirment que l'homme lésé recherche du plaisir pour lui (Cole, Chilgren et Rosenberg, 1973; Hale, 1979). Certains affirment que l'homme lésé abandonnera toutes formes d'activités sexuelles (Fitzpatrick, 1974; Weiss et Diamond, 1966).

Cette recherche s'oriente sur la nature des activités sexuelles au sein des couples dont l'homme est blessé médullaire. Elle tentera d'explorer ce changement d'attitude, en s'appuyant sur les activités sexuelles tout en prenant en considération les comportements sexuels de la conjointe. Très peu de recherche ont inclus cet aspect important de la vie à deux.

La première partie de cette recherche a pour objectif de soumettre les éléments pertinents à la compréhension de la problématique. La seconde section est réservée au déroulement de l'expérimentation. La dernière partie se consacre aux résultats et à leur interprétation à la lumière des recherches contemporaines sur le sujet.

Contexte théorique et expérimental

La lésion médullaire: définition clinique

Il apparaît important, dans un premier temps, de définir les composantes anatomiques et fonctionnelles de la structure médullaire. Par la suite, il sera fait mention de la lésion médullaire proprement dite, de ses causes, de son incidence et de ses effets sur le fonctionnement sexuel.

La moëlle épinière se situe à l'intérieur d'un étui dure-mérien au centre du canal rachidien. La moëlle s'étend, de la partie supérieure, du trou occipital jusqu'à la deuxième vertèbre sacrée, au niveau inférieur. Le cône terminal se situe à l'extrémité inférieure de la moëlle et ne dépasse pas le bord inférieur de la première vertèbre lombaire. Au-dessous de ce niveau, le cul-de-sac renferme les racines qui forment la queue de cheval et le filum terminal. Celui-ci s'étend jusqu'au coccyx.

La moëlle est composée de 31 segments qui se repartissent en cinq catégories dont huit cervicaux (C1 à C8), douze dorsaux ou thoraciques (D1 à D12), cinq lombaires (L1 à L5), cinq sacrés (S1 à S5) et un coxygien.

La structure médullaire est composée de matière grise qui comprend les corps cellulaires des neurones, des interneurons amyéliniques et la névroglie. La matière blanche est composée essentiellement d'axones myélinisés. Au niveau anatomique, la matière grise forme un "H", elle est entourée de la matière blanche et forme les deux cornes antérieures, postérieures et latérales de la moëlle. Au niveau fonctionnel, les cornes antérieures sont responsables de la transmission des informations motrices à l'intérieur du système nerveux central. Les cornes postérieures véhiculent les informations sensorielles somatiques. Les cornes latérales gèrent le système moteur viscéral. La matière blanche conduit les influx afférents, efférents et transversaux du corps vers l'encéphale ou en direction inverse.

La lésion médullaire se définit comme une atteinte de la moëlle épinière et engendre des séquelles motrices et/ou sensorielles qui dépendent du degré et du niveau de la lésion; les influx étant partiellement ou complètement interrompus.

Le degré désigne l'ampleur du dommage lésionnel et il peut être partiel ou total. Lorsque l'atteinte est partielle, le terme parésie est utilisé et sous-tend une diminution de la sensibilité et/ou de la force musculaire.

Lorsque la lésion est complète, les déficits se manifestent par une perte complète au niveau sensoriel et moteur, en plus d'un déficit du système neuro-végétatif (sympathique et para-sympathique). Le terme plégie est utilisé dans ces cas et indique que la matière grise et la matière blanche sont sectionnées complètement et transversalement. Lorsque le déficit se situe au niveau des deux membres inférieurs on utilise le préfixe «para» tandis que le préfixe «quadra» ou «tétra» désigne une perte au niveau des quatre membres.

Les atteintes de la moëlle épinière qui se situent entre la première vertèbre cervicale et la première vertèbre dorsale inclusivement entraînent une atteinte des quatre membres. Lorsque l'atteinte se situe entre la deuxième vertèbre dorsale et la première vertèbre lombaire, les déficits se situent au niveau des membres inférieurs.

Les causes les plus fréquentes de traumatismes médullaires sont les accidents de la route et de sports ainsi que les blessures pénétrantes. Les sites les plus atteints se situent entre C5-C6, C6-C7 et D12-L1. Les statistiques dénotent 7 à 8 hommes blessés médullaires comparativement à une femme. Cinquante pour cent deviennent quadraplégiques et 50% paraplégiques. Quatre-vingt pour cent des cas surviennent à 40 ans et moins, mais 50% ont

entre 15 et 25 ans. L'âge moyen est de 29 ans et l'âge le plus fréquent est de 20 ans (Cloutier, s.d).

Les composantes physiques et physiologiques de l'acte sexuel sont associées à des régions distinctes au niveau de la moëlle épinière. L'érection est accomplie sous l'influence du système parasympathique situé au niveau du sacrum soit entre S2 et S4 et de moindre ampleur par le système sympathique qui se situe entre D11 et L2. L'éjaculation se divise en deux étapes soit l'émission du liquide séminal et l'éjaculation proprement dite. L'émission du liquide séminal, qui relève du système sympathique, se situe entre D11 et L2 tandis que l'éjaculation proprement dite se situe entre S2 et S4 et relève du système somatique. L'orgasme est, quant à lui, la sensation causée par la contraction des muscles lisses des organes sexuels internes et des muscles striés du périnée et du plancher pelvien. Il coïncide avec l'émission du liquide séminal et l'éjaculation proprement dite.

Approche conceptuelle de la sexualité des hommes blessés médullaires

Suite à une blessure médullaire, l'homme lésé vit des bouleversements importants dans ses fonctions sexuelles. Certains facteurs physiologiques, psychologiques, temporels

et socio-démographiques semblent faciliter un changement d'attitudes, tandis que d'autres semblent peu reliés avec la découverte d'une sexualité différente.

Aspects physiologiques

Les recherches sur les aspects sexuels liés à une lésion médullaire sont apparues au début des années '50. C'est la période qui a suivi la deuxième guerre mondiale. Par ailleurs, les recherches sont demeurées peu abondantes et l'une des plus complètes demeure celle faite par Uyttendaele et al. (1979).

Selon ces auteurs, il semble que l'érection soit la fonction la moins vulnérable tandis que l'orgasme est la fonction la plus affectée. Entre ces deux fonctions se situent, par ordre décroissant de vulnérabilité, le coït et l'éjaculation. Le coït serait, en plus, influencé par des barrières psychologiques et sociales entraînant ainsi une diminution de sa pratique.

Les données qui portent sur la capacité d'érection des hommes blessés médullaires sont très variables d'une recherche à l'autre. Higgins (1979) a répertorié les travaux de Jochheim et Wahle (1970) et Fitzpatrick (1974). Il soulignait qu'entre 48,2% et 91,7% des hommes lésés

conservent la possibilité d'érection sous une forme ou une autre. De son côté, Zeitlin, Cottrell et Lloyd (1957) affirmaient que 54% des hommes blessés ont une érection. Cette variation des résultats peut s'expliquer par le fait qu'il existe, selon Comarr (1970) trois sortes d'érection pouvant être présentes chez l'homme lésé. La plus fréquente est l'érection survenant suite à une stimulation mécanique et elle provoquerait une érection dans 70% des cas. La deuxième plus fréquente est l'érection spontanée. Elle survient suite à une stimulation externe ou interne (stimulation viscérale provoquée par une distension de la vessie ou une accumulation de selles dans le rectum). La troisième sorte est l'érection psychologique. Elle survient suite à une pensée sans stimulation directe des organes génitaux. C'est cette érection qui est présente au cours du sommeil, lors de la période des mouvements rapides des yeux (REM) et lors du réveil. Cole (1975) concluait à une lésion incomplète de la moëlle lorsque cette érection est présente. De façon semblable, Fitzpatrick (1974) classifiait aussi les types d'érection en trois catégories. L'érection locale est provoquée suite à une stimulation au niveau des organes génitaux. L'érection spontanée se manifeste sans stimulation externe et l'érection psychogénique apparaît suite à des stimuli liés à des pensées provenant du cerveau. Il n'associait pas de pourcentage de fréquence à sa catégorisation.

Par ailleurs, il apparaît que l'érection est plus fréquente lorsque la lésion est haute et qu'elle tend à diminuer lorsque le niveau de la lésion est bas. Quatre-vingt-treize pour cent des hommes lésés au niveau cervical auraient une érection, 74% au niveau dorsal, 63% au niveau lombaire et 56% au niveau du sacrum. Le phénomène contraire survient pour l'éjaculation. Ainsi, plus la lésion est haute et moins il y a présence d'éjaculation. En effet, lorsqu'une lésion se situe au niveau cervical, l'éjaculation est observée chez 3% des patients alors que le taux est de 6% chez les patients dont la lésion est au niveau dorsal, de 14% au niveau lombaire et de 14,3% au niveau du sacrum (Tarabulcy, 1972).

Ces derniers résultats supportent aussi les variations notées dans les études qui portent sur l'éjaculation. Money (1960) mentionnait qu'aucun blessé médullaire ne peut avoir d'éjaculation tandis que Zeitlin et al. (1957) rapportaient un taux de 3% et que Cole (1975) et Fitzpatrick (1974) parlaient respectivement de 5% et de 42%. Cette variation peut s'expliquer par le fait que la majorité des recherches ne font pas mention du niveau de la lésion et qu'une catégorisation plus précise serait nécessaire. L'éjaculation semble aussi reliée à la capacité d'avoir une érection, comme le démontraient les résultats de Tsuji, Nakajima, Morimoto et Nounaka (1961). L'éjaculation survient dans 16%

des cas chez les hommes blessés médullaires ayant une érection alors qu'elle chute à 2% chez ceux qui n'ont pas d'érection.

Toutefois, ce n'est qu'un certain pourcentage d'hommes blessés médullaires qui utilisent leur capacité érectile pour la pénétration. Hohmann (1966) en dénombrait 56%, Cole (1975) et Zeitlin et al. (1957) 26%, Fitzpatrick (1974) 18% alors que Tsuji et al. (1961) ne rapportaient qu'un taux de 5%.

L'orgasme compte également parmi les aspects physiologiques investigués lors de recherches antérieures. Selon Uyttendaele et al. (1979) et Tarabulcy (1972), cette sensation purement subjective arriverait, pour l'homme sans lésion, en même temps que l'éjaculation. De façon comparable aux aspects précédents, une grande variabilité est observée dans le pourcentage d'hommes blessés médullaires qui vivent des orgasmes. Une plus grande homogénéité pourrait être atteinte si les recherches portaient une attention particulière sur la différence entre les orgasmes avec et sans éjaculation. Les taux sont de 5% selon Cole (1975), 10% selon Uyttendaele et al. (1979) et Tarabulcy (1972) et de 42% selon Phelps, Brown, Chen et Dunn (1983). Dans l'étude de Willmuth (1987) plusieurs hommes blessés médullaires rapportaient cette sensation

subjective sans qu'il y ait d'innervation possible au niveau de la région du pelvis. Cette observation va dans le même sens que Geiger (1979) qui affirmait que l'orgasme peut survenir sans être associé à l'éjaculation chez les hommes sans blessure médullaire.

Aspects psychologiques

Le mythe voulant que les personnes blessées médullaires ne portent pas d'intérêt envers la sexualité a été longtemps maintenu dans la documentation disponible sur ce sujet entre les années '60 et '70 (Cole, 1979). Ce n'est qu'après cette période que sont apparues des études scientifiques sur la sexualité de l'homme blessé. Celles-ci visaient principalement à décrire les facteurs psychologiques liés à la sexualité de ces individus.

Les données de Uyttendaele et al. (1979) démontraient l'importance, pour le blessé médullaire, d'avoir une certaine indépendance par rapport à sa conjointe. De plus, ils soulignaient que des attitudes plus positives dans le processus d'acceptation de soi ainsi que la présence de bonnes fonctions physiques favorisaient le cheminement vers une nouvelle sexualité. De son côté, Fitzpatrick (1974) soulignait que l'homme, suite à sa blessure médullaire, se perçoit avec moins d'attrait masculin. Son rôle actif, au

sein des activités sexuelles, s'en trouvait modifié. Parallèlement, Singh et Manger (1975) soulignaient que le concept de soi est très important, en ce sens qu'il influence la recherche de solution, la coopération, la participation, l'accès à une réadaptation et le désir.

Ces facteurs, comme tant d'autres, peuvent influencer directement la pratique des activités sexuelles. Dans ce même sens, Uyttendaele et al. (1979) mettaient en évidence une baisse de l'attrait sexuel chez l'homme lésé. Celle-ci semblait reliée à l'incontinence, à la diminution des mouvements volontaires, à la présence de spasmes et de contractures avant ou pendant le coït, à l'impact psychologique de la diminution de l'éjaculation et de l'orgasme ainsi qu'à la diminution de l'autonomie pour certains soins de base. Dans la même lignée, Fitzpatrick (1974) observait une baisse du désir sexuel suite à la blessure médullaire. Selon son étude, le désir sexuel passait de 92% avant la blessure médullaire pour chuter à 82% après l'accident. Cette baisse de désir entraînerait une diminution des activités sexuelles pouvant aller jusqu'à l'abandon de toutes formes d'expression sexuelle. Il précisait que ces données indiquent que l'homme éprouverait de la difficulté envers sa lésion au sein de son mariage. Dans le même sens, Weiss et al. (1966) démontraient qu'avant l'accident 92% des hommes de son échantillon

manifestaient du désir et que 96% d'entre eux rapportaient plusieurs formes d'activités sexuelles. Après la blessure, 82% ressentait du désir et seulement 69% de ceux-ci avaient des activités sexuelles. A l'opposé des auteurs précédents, Cole et al. (1973) précisait que l'intérêt post-lésionnel n'était pas différent de l'intérêt pré-lésionnel chez ces sujets. Cette controverse pourrait trouver une explication dans les propos de Uyttendaele et al. (1979) qui suggéraient que la diminution significative du désir serait égale à la préservation des capacités sexuelles de l'homme lésé. D'ailleurs, ces auteurs constataient que les hommes blessés médullaires qui conservaient leur capacité d'érection, d'éjaculation et d'orgasme parvenaient mieux à accepter leur corps.

Uyttendaele et al. (1979) mentionnaient que la modification du rôle des conjoints semble perturber la reprise des activités sexuelles. Celle-ci proviendrait d'une perte de la mobilité chez l'homme blessé qui l'obligerait à être plus passif comparativement à ce qu'il était auparavant. Cet élément est un des facteurs psychologiques reliés à la vie sexuelle de l'homme lésé.

La réalité, à laquelle sont confrontés les hommes blessés médullaires, peut être une cause importante de frustration compte tenu qu'un nombre important d'hommes

lésés ont du désir, mais qu'ils doivent faire face à des possibilités physiques restreintes (Singh et al., 1975). Cette difficulté est, en plus, confrontée aux valeurs véhiculées dans la société (Cole, 1975). Malgré cela, la reprise d'une vie sexuelle satisfaisante semble possible pour plusieurs d'entre eux. Il existe donc des issues possibles afin de s'approprier une nouvelle sexualité, suite à une blessure médullaire. Selon Farrow (1990), même si les hommes lésés sont incapables de pratiquer le coït, ils ont un système adaptatif qui leur permet une vie sexuelle profondément satisfaisante.

Ainsi, selon la recherche de Berkman, Weissman et Frieliich (1978), sur 145 hommes blessés médullaires, 41,3% se disaient satisfaits, 36% quelque peu satisfaits et 23% insatisfaits. Soixante-quinze pour cent des hommes de cette recherche pensaient que leur conjointe est habituellement satisfaite. Ces résultats tendent à démontrer qu'un changement d'attitude est possible chez un certain nombre d'homme blessé.

L'établissement d'un sentiment d'intimité favorise la substitution du plaisir génital. Hohmann (1972) stipulait qu'un nombre substantiel de mariages basés sur une relation sexuelle, consistant en un amour, de l'affection et une compréhension combinés, accompagnée seulement de caresses,

de baisers et autres expressions de tendresse, peuvent constituer de bonnes relations pendant plus de 25 ans.

Selon Farrow (1990), la satisfaction proviendrait du contact des corps et du sentiment d'intimité vécus dans le couple. Il insistait sur le fait que la communication entre les partenaires semblerait nécessaire en tout temps pour une satisfaction mutuelle. Dunn, Lloyd et Phelps (1979) soulignaient plus particulièrement que la communication est une manière directe d'aide dans le développement de la sexualité, qu'elle offre aussi l'opportunité d'explorer de nouvelles zones érogènes et d'augmenter la conscience envers ces zones. Dans cette même ligne de pensée, Cole (1975) affirmait que l'habileté de l'homme à communiquer ses émotions avec sa partenaire, leur volonté mutuelle à expérimenter de nouvelles activités sexuelles et une bonne hygiène physique sont des facteurs importants afin d'arriver à une sexualité intéressante.

Autres aspects liés à la sexualité

Willmuth (1987) affirmait que l'âge est une variable qui peut possiblement affecter le désir et les activités sexuelles après la blessure médullaire. Elle n'indiquait pas dans quel sens l'âge peut influencer mais elle précisait que le désir demeure une variable difficilement mesurable.

Selon Larsen et Hejgaard (1984), se serait l'effet de l'âge plutôt que l'effet direct de la blessure médullaire qui serait à la base de la baisse de la libido.

Selon Berkman et al. (1978), les variables comme le statut marital et le changement de statut marital avant la lésion semblent avoir peu d'influence sur l'adaptation de l'homme blessé médullaire.

Le temps écoulé depuis la blessure est important car il permet de vivre des expériences et d'amasser un meilleur bagage d'informations et d'expériences sexuelles. Lorsque le temps écoulé depuis la lésion est restreint, l'homme possède moins d'informations et moins d'expériences sexuelles (Brockway et Steger, 1980).

Le niveau de la lésion est aussi un aspect qui a été investigué en relation avec la sexualité de l'homme lésé. Selon Cole et al. (1973) et Hohmann (1966) l'intérêt envers la sexualité n'est pas fondé sur cet aspect. Dans le même sens, Willmuth (1987) indiquait que le désir sexuel apparaît intact et peu affecté par le niveau. A l'opposé, Tsuji et al. (1961) démontraient que celui-ci influence le désir. De façon spécifique Janos et Hakmiller (1975) relataient que les personnes avec de hautes lésions, tel le niveau cervical, rapportaient moins d'excitation sexuelle que les

personnes avec des lésions plus basses. D'ailleurs Farrow (1990) précisait que le niveau influence, en ce sens qu'il restreint les positions que peuvent prendre certains hommes blessés. Bien que controversé, le niveau de la lésion semble un facteur important à investiguer par rapport à la sexualité de ces sujets.

La nature des activités sexuelles au sein des couples
dont l'homme est blessé médullaire

Suite à ces changements, il est probable que la nature des activités sexuelles subisse des modifications importantes. Plusieurs auteurs s'y sont attardés, Higgins (1979) décrivait les motifs qui poussent l'homme blessé médullaire à continuer ses activités sexuelles. Ces derniers résideraient dans le désir de satisfaire des besoins psychologiques non sexuels, (c'est-à-dire, bien performer pour le plaisir de la partenaire) plutôt que la satisfaction directe de ses besoins et de ses désirs sexuels. Par contre, Hale (1979) croyait que, pour l'homme blessé médullaire, recevoir du plaisir est aussi important que d'en donner.

Un courant d'études met l'accent sur l'existence d'un changement d'attitudes chez les hommes blessés médullaires comme base de l'adaptation de leur sexualité. Willmuth

(1987), Cole (1975), Comarr et al. (1978), Hohmann (1972) et Ray et al. (1984) rapportaient l'existence de certaines attitudes particulières et différentes de celles des sujets sans blessure médullaire. Ils notaient d'une part une tendance plus grande, chez les hommes lésés, à faire plaisir et satisfaire leur partenaire. La stimulation manuelle, le cunnilingus et le contact des corps, associés à un consentement mutuel et de l'affection, peuvent procurer une gratification importante pour le couple.

Plus précisément, Comarr et al. (1978) indiquaient que 18% des hommes blessés ont essayé la fellation et 22% le cunnilingus. La satisfaction personnelle et celle de la partenaire ont été évaluées à 14% pour la fellation et à 100% pour le cunnilingus. Berkman et al. (1978), rapportaient que les hommes lésés utilisent les caresses orales-génitales comme forme la plus fréquente d'activité sexuelle. Par ailleurs, 25% utilisent la stimulation manuelle sur la conjointe comme unique forme d'activité sexuelle.

Selon Farrow (1990), les activités sexuelles qui concernent les baisers et les caresses (massages) peuvent être très plaisantes pour les deux partenaires. A l'inverse, l'utilisation de moyens techniques n'améliorent pas nécessairement la satisfaction.

Contexte actuel (résumé) et direction
de la présente recherche

Les premiers courants d'études, portant sur la sexualité de l'homme lésé, ont investigué les aspects physiologiques tels l'érection, l'éjaculation et l'orgasme. Les résultats sont demeurés peu consistants, en ce sens que les recherches n'ont pas tenu compte d'une catégorisation plus fine des capacités sexuelles. Malgré cette inconsistance, les résultats des recherches précédentes mettent en lumière que les capacités sexuelles sont influencées par le niveau de la lésion et la vulnérabilité propre à chacune des fonctions sexuelles. De plus, l'âge du sujet et le temps écoulé apparaissaient aussi jouer un rôle. Il est donc nécessaire de considérer l'ensemble de ces éléments.

Parallèlement à ces aspects, la revue des écrits permet de mettre en évidence qu'un changement au niveau des attitudes et des types d'activités est observé chez ceux qui développent une sexualité satisfaisante suite à une blessure.

La présente recherche se joint aux études précédentes pour explorer la nature des activités sexuelles des hommes blessés médullaires. La récitation des écrits et la

problématique intéressant cette étude suggèrent la présence d'un changement de comportement sexuel et deux hypothèses sont émises:

. il existerait des différences significatives entre les hommes blessés médullaires et les hommes n'ayant pas de lésion en regard du type et de la fréquence des activités sexuelles;

. les sujets expérimentaux devraient obtenir des résultats supérieurs aux mesures d'activités qui favorisent le plaisir de la conjointe comparativement aux sujets contrôles.

Le deuxième objectif de cette recherche consiste à étudier certaines variables qui peuvent avoir un lien avec ce changement d'attitude. Trois des quatre variables retenues ont déjà fait l'objet d'études antérieures, soit l'âge de l'homme, le temps écoulé depuis la lésion et le niveau de la lésion. La durée de la relation est nouvellement explorée dans la présente recherche.

Méthode

Sujets

Le groupe expérimental est composé de vingt couples dont l'homme est blessé médullaire. L'âge de ces hommes se situe entre 25 et 46 ans avec une moyenne de 34.25 ans et un écart-type de 6.16 ans. Le temps écoulé entre le traumatisme et la passation des questionnaires varie entre 4 et 16 ans avec une moyenne de 7.80 ans et un écart-type de 3.85 ans. La durée de la relation de couple s'échelonne entre 1 et 19 ans avec une moyenne de 4.85 ans et un écart-type de 4.53 ans. Tous les hommes de ce groupe ont une lésion complète de la moëlle épinière, en ce sens qu'ils ont un déficit sensitif et moteur complet en-dessous du niveau de la lésion. Quinze lésions se situent au niveau dorsal et cinq au niveau cervical. Des données plus précises sur la localisation exacte de la lésion pour chacun des sujets se retrouvent au tableau 1.

Les causes de traumatisme médullaire les plus fréquemment rencontrées au sein de ce groupe sont les accidents de la route. Ces derniers sont à l'origine de 14 lésions médullaires pour un total de 70%. La seconde cause est un accident de travail, et ce, pour 2 cas, ce qui

Tableau 1

Age des Sujets, Durée de la Relation de Couple (en années)
et Niveau de la Lésion Médullaire
(s'il y a lieu) des Sujets

Sujet	âge	Groupe expérimental		Groupe contrôle	
		durée de la relation	niveau de la lésion	âge	durée de la relation
1	25	3	D 7	26	1
2	26	3	D 7	26	3
3	27	2	D 8	27	2
4	28	5	D12	28	6
5	29	3	D 6	29	1
6	30	3	D 5	31	2
7	31	11	D 3	31	11
8	32	1	D 7	32	1
9	33	11	D 5	33	10
10	33	8	D10	33	8
11	33	3	D10	32	6
12	34	2	D 9	34	1
13	35	5	D 7	35	9
14	37	8	D12	36	8
15	39	19	D11	37	16
16	39	2	C 6	40	4
17	41	2	C 5	41	2
18	43	4	C 5	42	5
19	44	1	C 5	42	2
20	46	1	C 7	46	2

représente 10% du groupe expérimental. Une blessure médullaire est due aux séquelles de maladie, l'une à une chute, une autre à la pratique d'un sport et la dernière est reliée à l'utilisation d'une arme à feu; ce qui représente un taux de 5% pour chacune de ces causes.

Le groupe contrôle est composé de vingt couples dont l'homme n'a aucune atteinte médullaire, en ce sens qu'il n'a aucun déficit moteur ni sensitif partiel ou complet. Les sujets sont âgés entre 26 ans et 46 ans avec une moyenne de 34.05 ans et un écart-type de 5.79 ans. La durée de la relation de couple varie entre 1 an et 16 ans, avec une moyenne de 5 ans et un écart-type de 4.18 ans.

Des critères précis ont été choisis afin de rendre le profil le plus homogène possible entre les groupes expérimental et contrôle. Cinq critères concernent le groupe expérimental et deux, parmi ces cinq, se rapportent au groupe contrôle. Les deux critères, touchant les deux groupes, concernent la durée de la relation de couple et l'âge des sujets.

Ces données se retrouvent au tableau 1. En premier lieu, ce tableau présente l'âge chronologique des sujets au moment de la passation des questionnaires. Un test t ($t(38) = -0.11$, $p > .05$) permet de mettre en évidence, qu'il

n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant cette variable. En second lieu le tableau 1 indique la durée de la relation de couple. Pour que les sujets soient acceptés, chaque homme devait d'abord vivre une relation de couple, puis celle-ci devait être présente depuis au moins 1 an. L'analyse statistique ($t(38)=0.11$, $p > .05$) indique que la différence n'est pas significative. Ces deux groupes sont donc jugés comparables en ce qui concerne ces deux variables.

Les trois critères, touchant spécifiquement le groupe expérimental, concernent le temps écoulé entre le traumatisme et la passation des questionnaires, le degré de la lésion et l'âge à laquelle la blessure est survenue. Le temps écoulé, entre la blessure et la passation des questionnaires, devait être d'au moins deux ans. Cette période permet de minimiser l'influence d'ajustements majeurs qui surviennent suite à une paralysie (Cloutier, s.d.). Ce critère était vérifié à partir du questionnaire de données démographiques. Par ailleurs, la lésion médullaire devait être complète, ce qui engendre un déficit complet au niveau de la sensibilité et de la motricité au-dessous du niveau de la lésion. Enfin, chaque homme blessé médullaire devait avoir subi sa blessure au cours de l'âge adulte. Ce critère visait à recruter des hommes susceptibles d'avoir eu une sexualité active avant leur

blesse. Ces deux derniers critères étaient corroborés à partir de l'histoire de cas et des aspects physiologiques présents chez le sujet. Chaque sujet qui ne répondait pas à un ou plusieurs de ces critères étaient automatiquement exclus lors de la compilation des résultats. Le profil clinique des sujets est disponible à l'appendice «A».

Instruments de mesure

Le questionnaire démographique

Ce questionnaire devait être complété par chaque sujet afin d'appuyer leur représentativité face à la clientèle recherchée. Ce questionnaire renfermait des questions sur les aspects socio-démographiques de chacun.

Le questionnaire d'interaction sexuelle

Le questionnaire d'interaction sexuelle est une adaptation française (Trudel et al., 1984) du "Sexual interaction inventory" développé et validé par LoPicollo et Steger (1974).

Le but de ce questionnaire est de refléter fidèlement la nature des relations sexuelles du couple en termes de fonctionnement et de satisfaction sexuels. La consistance

interne de cet instrument est démontrée par la présence de coefficients de Cronback allant de 0.85 à 0.92 pour chacune de ses échelles. Le coefficient global est de 0.88. La valeur psychométrique de ce test est aussi appuyée par des analyses test-retest composées de corrélations significatives par toutes les échelles.

Ce questionnaire comprend 17 interactions sexuelles pouvant être vécues dans un couple. Elles suggèrent les baisers, les massages, les caresses d'une partie du corps avec ou sans orgasme ainsi que le coït avec ou sans orgasme. Le titre de ces interactions est:

- a) l'homme regardant sa partenaire alors qu'elle est nue;
- b) la femme regardant son partenaire alors qu'il est nu;
- c) l'homme et la femme s'embrassant pendant au moins une minute sans interruption;
- d) l'homme massant le corps de sa partenaire sans toutefois toucher à ses seins ou à ses organes génitaux;
- e) la femme massant le corps de son partenaire sans toutefois toucher à ses organes génitaux;
- f) l'homme caressant de ses mains les seins de sa partenaire;
- g) l'homme caressant avec sa bouche les seins de sa partenaire;

- h) l'homme caressant de ses mains les organes génitaux de sa partenaire;
- i) l'homme caressant de ses mains les organes génitaux de sa partenaire jusqu'à ce qu'elle atteigne l'orgasme;
- j) la femme caressant de ses mains les organes génitaux de son partenaire;
- k) la femme caressant de ses mains les organes génitaux de son partenaire jusqu'à ce qu'il atteigne l'orgasme avec ou sans éjaculation;
- l) l'homme caressant avec sa bouche les organes génitaux de sa partenaire;
- m) l'homme caressant avec sa bouche les organes génitaux de sa partenaire jusqu'à ce qu'elle atteigne l'orgasme;
- n) la femme caressant avec sa bouche les organes génitaux de son partenaire;
- o) la femme caressant avec sa bouche les organes génitaux de son partenaire jusqu'à ce qu'il atteigne l'orgasme avec ou sans éjaculation;
- p) l'homme et la femme ayant un rapport sexuel (coït);
- q) l'homme et la femme ayant un rapport sexuel (coït), les deux partenaires atteignant alors l'orgasme.

Les 15 premières interactions sont accompagnées d'une vignette représentant l'interaction tandis que les deux dernières sont uniquement sous forme de phrases. Celles-ci, précisément, concernent le coït. Compte tenu qu'il existe un certain nombre de variantes au niveau de cette activité, il a été jugé à propos, par le concepteur du test, de ne pas les représenter en image.

Le sujet doit compléter 6 questions à chaque interaction soit:

- cette activité se produit;
- j'aimerais qu'elle se produise;
- je trouve cette activité;
- j'aimerais trouver cette activité;
- je crois que mon partenaire trouve cette activité;
- et j'aimerais que mon partenaire trouve cette activité.

Le sujet doit se situer pour chacune de ces six questions à l'aide d'une échelle de 1 à 7 ou de 1 à 8.

A partir de ces réponses, 11 échelles peuvent être quantitativement compilées soit:

Echelle 1: satisfaction de l'homme reliée à la fréquence d'exécution. Le score de cette échelle est basé sur la

différence absolue entre les réponses de l'homme à la première question «Cette activité se produit...» et à la deuxième question «J'aimerais qu'elle se produise...» pour les 17 activités sexuelles illustrées dans le questionnaire. Il faut additionner ces 17 différences absolues afin d'obtenir le score brut.

Echelle 2: satisfaction de la femme reliée à la fréquence d'exécution. Pour obtenir le score brut à cette échelle, il faut suivre la même procédure que celle décrite pour l'échelle 1, en prenant cette fois les réponses de la femme.

Echelle 3: satisfaction de l'homme reliée au plaisir ressenti. Cette échelle se base sur la différence absolue entre les réponses de l'homme à la troisième question «Je trouve cette activité...» et à la quatrième question «J'aimerais trouver cette activité...» pour les 17 activités sexuelles énumérées dans le questionnaire. Il faut additionner ces 17 différences absolues afin d'obtenir le score brut.

Echelle 4: satisfaction de la femme reliée au plaisir ressenti. Pour obtenir le score brut à cette échelle, il faut suivre la même procédure qui est décrite pour l'échelle 3, en prenant cette fois les réponses de la femme.

Echelle 5: plaisir rapporté par l'homme. Cette échelle se base sur les réponses données à la troisième question «Je trouve cette activité...». Il suffit d'additionner les 17 réponses de l'homme puis de diviser le total par 17, afin d'obtenir le score brut.

Echelle 6: plaisir rapporté par la femme. Pour obtenir le score de cette échelle, il s'agit de suivre la procédure décrite pour l'échelle 5, en utilisant cette fois les réponses de la femme.

Echelle 7: justesse de perception de l'homme. Cette échelle se base sur la différence absolue entre les réponses de l'homme à la cinquième question «Je crois que ma partenaire trouve cette activité...» et les réponses de la femme à la troisième question «Je trouve cette activité...» pour les 17 activités sexuelles. Il faut additionner ces 17 différences pour obtenir le score brut.

Echelle 8: justesse de perception de la femme. Le score brut est obtenu en utilisant la même procédure que celle décrite pour l'échelle 7, mais il faut prendre les réponses de la femme à la cinquième question et les réponses de l'homme à la troisième question.

Echelle 9: satisfaction de l'homme reliée au plaisir perçu chez sa partenaire. Le score brut est basé sur la différence absolue entre les réponses de l'homme à la cinquième question «Je crois que ma partenaire trouve cette activité...» et à la sixième question «J'aimerais que ma partenaire trouve cette activité...» pour les 17 activités du questionnaire. Il faut additionner ces 17 différences pour obtenir le score brut.

Echelle 10: satisfaction de la femme reliée au plaisir perçu chez son partenaire. Le score brut s'obtient en suivant la procédure décrite pour l'échelle 9, mais en prenant les réponses de la femme.

Echelle 11: mesure globale de la satisfaction sexuelle du couple. Le score brut à cette échelle est obtenu en additionnant les scores bruts obtenus aux échelles 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10.

Pour interpréter les résultats, un score bas aux échelles 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10 et 11 signifie un niveau élevé de satisfaction. Par ailleurs, un score bas aux échelles 5 et 6 signifie un bas niveau de satisfaction.

Pour l'adaptation française, Trudel et al. (1984) ont recruté 300 couples chez le personnel de soutien et des

étudiants universitaires. En tout, 60 couples ont accepté de remplir ce questionnaire. Les résultats obtenus par les hommes de cette recherche ainsi que ceux obtenus dans la présente recherche avec les sujets du groupe contrôle se retrouvent au tableau 2.

Dans la présente recherche, deux modifications ont dû être faites afin de ne pas désavantager l'homme blessé médullaire, comparativement au sujet non blessé, en raison de sa condition physique. Pour deux interactions, soit l'interaction «K» (la femme caressant de ses mains les organes génitaux de son partenaire jusqu'à ce qu'il éjacule) et l'interaction «O» (la femme caressant avec sa bouche les organes génitaux de son partenaire jusqu'à ce qu'il éjacule), le mot «éjacule» a été remplacé par «jusqu'à ce qu'il atteigne l'orgasme avec ou sans éjaculation». Une consultation avec l'auteur de l'adaptation a été effectuée et cette modification semblait plus juste et appropriée à la population visée sans pour autant toucher à la validité du test.

Une deuxième modification concerne la compilation des résultats. Certains répondants du groupe expérimental n'ont pas répondu à toutes les 17 interactions puisque certaines activités ne semblent pas faire partie des habitudes sexuelles de leur couple. Il s'avérait donc nécessaire

Tableau 2

Moyennes et Écarts-Types obtenus aux Échelles du QIS par les
Hommes de la Recherche de Trudel et Dufort et par ceux
du Groupe Contrôle de la Présente Recherche

		Trudel		Présente Recherche	
		M	ÉT	M	ÉT
Echelle	1	16.17	10.43	14.50	8.90
Echelle	3	3.90	4.62	3.35	4.69
Echelle	5	6.95	0.45	6.92	0.71
Echelle	7	15.80	7.54	14.85	6.80
Echelle	9	15.57	12.55	12.40	9.79
Echelle	11	87.12	44.60	90.60	46.16

d'opérer un changement, sur les modes de corrections, afin de ne pas réduire le nombre de participants et de respecter la réalité de leur vécu sexuel. Pour ce faire, les résultats de chaque répondant ont été divisés par le nombre d'interactions répondues plutôt que par le nombre total d'interactions du questionnaire qui est de 17. Le même procédé fut appliqué pour les répondants du groupe contrôle. Le concepteur de l'adaptation a été consulté ainsi qu'un psychométricien afin de vérifier l'influence d'une telle méthode statistique sur la validité du QIS. Cette méthode a été jugée la plus adéquate entre les solutions disponibles.

Cet instrument de mesure apparaît donc tout à fait approprié à la population visée, compte tenu qu'il met l'accent sur les comportements vécus par le couple ainsi que le plaisir et la satisfaction découlant de ces mêmes comportements sexuels. Les normes de cet inventaire ne sont pas des normes objectives pour connaître le comportement sexuel «normal», «adéquat» ou «fonctionnel». Le niveau de satisfaction est estimé en terme de satisfaction dans le couple plutôt que de comparer chaque partenaire à des normes extérieures (LoPicollo et Steger, 1974).

Le questionnaire d'exploration détaillée
de mon vécu sexuel

Le questionnaire d'exploration détaillée de mon vécu sexuel est une version modifiée par Trempe (1981) du «Sexual assessment and history interview» de LoPicollo et Heiman (1978). Il vise initialement à obtenir un inventaire du vécu sexuel de chaque répondant afin de préparer une thérapie sexuelle adéquate à la problématique de chacun.

Pour cette recherche, une partie seulement de ce questionnaire fut sélectionnée puisque le but visé n'était pas d'élaborer un programme d'intervention, mais plutôt de recruter des informations précises sur les activités sexuelles présentes. Deux questions permettaient d'enrichir l'information déjà obtenue par le QIS, soit l'une portant sur ce qui procure le plus de satisfaction et l'autre sur ce qui déçoit le plus chaque partenaire lors d'activités sexuelles. Ces questions à développement étaient un moment privilégié pour que chaque répondant puisse élaborer sur ces aspects particuliers de leur sexualité.

Dans cette même ligne de pensée, une troisième question, élaborée dans le cadre de cette recherche y était ajoutée afin d'apporter des précisions sur ce qui pourrait aider les partenaires à atteindre un degré plus élevé de

satisfaction sexuelle. Cette question avait pour objectif d'explorer l'utilisation des moyens palliatifs pour arriver à une meilleure sexualité.

Déroulement de l'expérience

Le recrutement des sujets lésés a principalement été effectué par des organismes de première ligne. Il s'agit du centre Lucie Bruneau, du centre François Charon, de l'Association des bénéficiaires du centre François Charon, de la Société de l'assurance automobile du Québec, de l'Institut de réadaptation de Montréal ainsi que de l'Association des paraplégiques du Québec ¹.

Ces organismes ont posté un total de 303 questionnaires. Un seul organisme a effectué une deuxième sollicitation. De plus, 20 questionnaires ont été postés directement par la chercheuse à des sujets qui se sont montrés intéressés à participer à cette recherche.

On pouvait s'attendre à un taux peu élevé de répondants puisque la sexualité demeure un sujet tabou. Les personnes blessées médullaires n'y font probablement pas exception. D'ailleurs, le taux de réponses obtenu dans la

¹ L'auteure désire remercier la participation de ces organismes pour leur précieuse collaboration.

recherche de Trudel et al. (1984) réalisée avec des sujets non lésés n'était que de 20%.

Deux critères ne pouvaient être filtrés par les organismes lors du recrutement. Il s'agit de la présence d'une relation de couple et de sa durée. Les sujets seuls ou vivant avec une conjointe depuis moins d'un an, recevaient quand même l'envoi. Toutefois ils étaient rejetés lors de la compilation des questionnaires.

L'information concernant l'âge à laquelle le traumatisme était survenu n'était pas disponible pour tous les organismes. L'âge requis devait être de plus de 18 ans. Tel que souligné déjà par Cloutier (s.d.) 50% des blessures médullaires surviennent entre 15 et 25 ans et l'âge le plus fréquent est de 20 ans. On pouvait donc s'attendre à ce qu'un taux important d'hommes lésés ne puissent participer à cette recherche en regard de ce critère.

Enfin la période de temps s'écoulant entre l'apparition du traumatisme et la passation des questionnaires devait être d'au moins deux ans. Hors, on pouvait s'attendre à un taux assez élevé de mauvaises adresses, puisque la majorité des organismes concernés ne tiennent pas nécessairement un registre à jour.

En tenant compte de toutes ces composantes, on remarque que le taux de participation est de 10.8% pour l'ensemble des 323 envois. Six hommes et cinq femmes ont complété leur questionnaire sans que leur partenaire participe à la recherche, ce qui représente 3.4%. Trois couples n'étaient pas représentatifs de la population; deux couples étaient trop âgés et un couple se composait d'un homme qui avait subi sa lésion avant l'âge adulte. En plus, un homme présentait une lésion incomplète. Cinquante-deux envois, soit 16.1%, se sont avérés être des mauvaises adresses. En tout, 35 couples ou personnes seules ont répondu au questionnaire. En bout de ligne, vingt couples dont l'homme est blessé médullaire répondaient à tous les critères et furent donc sélectionnés pour participer à cette recherche.

Quatre-vingt trois pour cent des sujets contrôles ont été recrutés par l'intermédiaire de personnes autre que la chercheuse. Afin de préserver l'anonymat, un nombre restreint de questionnaires a été distribué directement par la chercheuse à des gens qui ont démontré un intérêt à participer à cette recherche. Un taux total de réponses de 20% a été obtenu mais seulement 20 sujets ont été retenus pour participer à la recherche. Certains ont dû être rejetés compte tenu qu'ils ne correspondaient pas aux critères sélectionnés. Par ailleurs, tous les questionnaires ont été acheminés à la chercheuse par la

poste afin de conserver la confidentialité de chacun des répondants.

Chaque envoi comprenait une lettre de présentation, les questionnaires, deux cahiers de réponses, soit un pour l'homme et un pour la conjointe et une enveloppe de retour.

Résultats

Ce chapitre, en trois temps, est réservé aux analyses statistiques et à leur interprétation. La première partie explique le choix des méthodes d'analyse utilisées en relation avec le schème expérimental. En second lieu, les données relatives aux différences entre les deux groupes seront mises en évidence. La troisième partie expose les statistiques qui permettent d'étudier les relations entre les différentes mesures. Pour clore ce chapitre, l'ensemble de ces données fera l'objet d'une interprétation.

L'analyse des données

Compte tenu de la nature des résultats, à savoir: qu'ils étaient obtenus à partir d'échelles d'intervalles, que les résultats de la population étudiée ne se conformaient pas à une courbe normale et que le nombre de chaque échantillon n'était que de 20 sujets, il a été jugé opportun d'utiliser des mesures statistiques non-paramétriques.

Le test de Mann Whitney (Mann Whitney U test) a été retenu pour extraire les différences entre les groupes. Ce test constitue l'une des plus puissantes méthodes non-

paramétriques. Il est une des plus utiles alternatives au test t (Siegel, 1956). Il mesure la différence entre deux groupes indépendants en se basant sur la médiane (tendance centrale de la distribution) des échantillons. Si les deux échantillons proviennent de population avec la même médiane (hypothèse nulle) on pourrait s'attendre à ce que les deux échantillons aient une somme de rangs proportionnelle à la taille de l'échantillon. Il n'y a pas de tendance à ce qu'un groupe ait des rangs élevés et l'autre de petits rangs. Si le total des rangs est très différent de ce qu'il avait été projeté dans l'hypothèse nulle, il est alors possible de la rejeter et de conclure que les échantillons ont une médiane différente (Lefrançois, 1991).

Le coefficient de corrélation de Spearman a été retenu pour mesurer le degré de liaison entre deux caractères dont les observations sont des rangs. S'il y a corrélation parfaite et positive, $r_s=1$; s'il y a corrélation parfaite et négative, $r_s=-1$. Lorsque $r_s=0$, il n'y a aucune corrélation entre les rangs (Martin et Baillargeon, 1989).

Le test de Mann-Whitney et le coefficient de corrélation empirique de Spearman ont été effectués à partir du système informatique de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Présentation et analyse des résultats

Le premier groupe d'analyses statistiques portent sur les différences inter-groupes. Ces analyses sont regroupées par bloc de trois types de variables soit: la fréquence actuelle et la fréquence souhaitée de chacune des 17 interactions et les résultats aux six échelles de l'homme au QIS.

Les données brutes de chaque sujet sont regroupées dans les tableaux 21 à 26 de l'appendice «B». La fréquence actuelle et la fréquence souhaitée (tableaux 21, 22, 23 et 24) sont des données brutes, tandis que les données des échelles du QIS (tableaux 25 et 26) sont le résultat d'une moyenne. Les résultats de ces échelles ont été divisés par le nombre d'activités répondues par chaque sujet. Quatorze sujets du groupe expérimental ont complété chaque activité mais six sujets ont considéré qu'ils ne pouvaient compléter toutes les activités. Il a été jugé opportun de garder ces sujets.

Analyses statistiques mesurant les différences entre le groupe expérimental et le groupe contrôle

Le test de Mann-Whitney a été retenu pour mettre en évidence les différences pouvant exister entre les deux

groupes. Les rangs moyens sont disponibles aux tableaux 3, 5 et 7. Les moyennes et les écarts-types nécessaires à l'interprétation de ces données se retrouvent aux tableaux 4, 6 et 8.

Les tableaux 3 et 4 font référence à la fréquence actuelle pour chacune des 17 interactions sexuelles du QIS. Tel qu'attendu, les analyses permettent de mettre en évidence des différences entre les deux groupes en ce qui concerne la fréquence de leur activité sexuelle. Cinq interactions obtiennent une différence considérée significative entre les hommes lésés et les hommes non lésés. Il s'agit des interactions «C», «G», «N», «P» et «Q».

Selon l'analyse statistique, l'interaction «C» où l'homme et la femme s'embrassent pendant au moins une minute sans interruption (rangs moyens 24.63 et 16.38, $U=117.5$, $p \leq .05$) est plus fréquente chez les hommes lésés ($M = 5.20$) que chez les hommes du groupe contrôle ($M = 3.95$). L'interaction «G» où l'homme caresse avec sa bouche les seins de sa partenaire (rangs moyens 24.83 et 16.17, $U=113.5$, $p \leq .01$) met en évidence que les hommes lésés ($M = 6.00$) comparativement au groupe contrôle ($M = 5.05$) pratiquent plus fréquemment cette activité que ces derniers. L'interaction «N» où la femme caresse avec sa

Tableau 3

Test de Mann-Whitney Comparant les Deux Groupes sur
la Fréquence Actuelle pour chaque
Interaction Sexuelle du QIS

Interaction	Groupe expérimental		Groupe contrôle		U	Niveau de significa- tion (bidirec- tionnel)
	Rang moyen de la fréquence actuelle	Nombre de sujets	Rang moyen de la fréquence actuelle	Nombre de sujets		
A	21.17	20	19.83	20	186.5	0.71
B	20.67	20	20.33	20	196.5	0.92
C	24.63	20	16.38	20	117.5	0.02*
D	20.55	20	20.45	20	199.0	0.98
E	22.80	20	18.20	20	154.0	0.20
F	19.77	20	21.23	20	185.5	0.68
G	24.83	20	16.17	20	113.5	0.01**
H	23.52	20	17.48	20	139.5	0.09
I	23.00	20	18.00	20	150.0	0.17
J	18.23	20	22.77	20	154.5	0.21
K	17.40	20	23.60	20	138.0	0.08
L	22.48	20	18.52	20	160.5	0.28
M	23.67	20	17.33	20	136.5	0.08
N	16.20	20	24.80	20	114.0	0.02*
O	17.23	20	23.77	20	134.5	0.06
P	15.43	20	25.58	20	98.5	0.01**
Q	16.88	20	24.13	20	127.5	0.05*

* valeur significative à $p \leq .05$

** valeur significative à $p \leq .01$

Tableau 4

Moyennes et Écarts-Types pour chacun des Deux
Groupes de la Fréquence Actuelle pour
chaque Interaction Sexuelle du QIS

Interaction	Groupe expérimental		Groupe contrôle	
	M	ÉT	M	ÉT
A	4.45	2.28	4.20	1.80
B	4.20	1.96	4.05	1.82
C	5.20	1.67	3.95	1.54
D	3.20	1.47	3.10	1.37
E	3.65	1.93	2.80	1.11
F	5.35	1.69	5.60	1.60
G	6.00	1.69	5.05	1.43
H	5.60	1.82	4.70	1.75
I	4.25	2.17	3.35	1.46
J	3.65	2.30	4.45	1.67
K	2.30	1.81	3.00	1.62
L	4.45	2.16	3.75	1.89
M	4.10	2.10	3.00	1.89
N	2.55	2.06	3.75	1.74
O	2.05	1.76	2.45	1.10
P	3.30	2.25	5.20	1.47
Q	2.95	2.48	4.45	1.96

bouche les organes génitaux de son partenaire (rangs moyens 16.20 et 24.80, $U=114.0$, $p < .05$) est moins fréquente chez les hommes blessés médullaires ($M = 2.55$) que chez les hommes sans lésion ($M = 3.75$). Les données reliées à l'interaction «P» où l'homme et la femme ont un rapport sexuel (coït) (rangs moyens 15.43 et 25.58, $U=98.5$, $p < .01$) font ressortir que cette interaction est moins fréquente au sein du groupe expérimental ($M = 3.30$) qu'au sein du groupe contrôle ($M = 5.20$). L'interaction «Q» où l'homme et la femme ont un rapport sexuel (coït), les deux partenaires atteignant alors l'orgasme (rangs moyens 16.88 et 24.13, $U=127.5$, $p < .05$) est la dernière interaction significative concernant la fréquence actuelle. Cette interaction est moins fréquente chez les hommes lésés ($M = 2.95$) que chez les hommes sans lésion ($M = 4.45$).

En résumé, il est intéressant de souligner que deux interactions sont plus fréquentes chez les hommes lésés, que trois sont moins présentes chez ce même groupe d'hommes et que 12 interactions n'obtiennent pas de score significativement différent.

Les tableaux 5 et 6 contiennent les résultats statistiques concernant la fréquence souhaitée aux 17 interactions sexuelles du QIS. Ces analyses mettent en évidence un portrait légèrement différent de celui obtenu

Tableau 5

Test de Mann-Whitney Comparant les Deux Groupes sur
la Fréquence Souhaitée pour chaque
Interaction Sexuelle du QIS

Interaction	Groupe expérimental		Groupe contrôle		U	Niveau de signifi- cation (bidirec- tionnel)
	Rang moyen de la fréquence souhaitée	Nombre de sujets	Rang moyen de la fréquence souhaitée	Nombre de sujets		
A	22.48	20	18.52	20	160.5	0.27
B	21.13	20	19.88	20	187.5	0.73
C	23.13	20	17.88	20	147.5	0.15
D	22.38	20	18.63	20	162.5	0.30
E	22.80	20	18.20	20	154.0	0.20
F	19.60	20	21.40	20	182.0	0.60
G	23.92	20	17.08	20	131.5	0.05*
H	22.30	20	18.70	20	164.0	0.31
I	22.35	20	18.65	20	163.0	0.31
J	21.25	20	19.75	20	185.0	0.68
K	22.40	20	18.60	20	162.0	0.29
L	22.17	20	18.83	20	166.5	0.36
M	23.50	20	17.50	20	140.0	0.10
N	18.40	20	22.60	20	158.0	0.25
O	18.90	20	22.10	20	168.0	0.38
P	18.60	20	22.40	20	162.0	0.29
Q	19.08	20	21.92	20	171.5	0.43

* valeur significative à $p \leq .05$

Tableau 6

Moyennes et Écarts-Types pour chacun des Deux Groupes
de la Fréquence Souhaitée pour chaque
Interaction Sexuelle du QIS

Interaction	Groupe expérimental		Groupe contrôle	
	M	ÉT	M	ÉT
A	5.20	1.67	4.60	1.67
B	4.70	1.90	4.50	1.64
C	5.50	1.64	4.95	1.15
D	4.30	1.78	3.75	0.97
E	4.75	1.77	4.00	1.12
F	5.75	1.41	6.00	1.26
G	6.10	1.65	5.40	1.47
H	5.65	1.93	5.25	1.74
I	4.80	2.04	4.15	1.31
J	5.25	1.94	5.25	1.21
K	4.60	2.30	3.95	1.36
L	4.90	1.83	4.35	1.87
M	4.90	1.83	3.90	1.74
N	4.35	2.32	5.10	1.37
O	3.90	2.55	4.30	1.26
P	4.35	2.41	5.30	1.34
Q	4.55	2.48	5.60	1.19

dans les analyses précédentes puisqu'une seule interaction sexuelle obtient des données significatives.

Ainsi, l'interaction «G» où l'homme caresse avec sa bouche les seins de sa partenaire (rangs moyens 23.92 et 17.08, $U=131.5$, $p < .05$) est souhaitée plus fréquemment chez les hommes du groupe expérimental ($M = 6.10$) que chez les hommes sans lésion médullaire ($M = 5.40$).

Toutes les autres interactions sexuelles sont comparables entre les deux groupes en ce qui concerne la fréquence souhaitée.

Bien que l'objectif principal de la présente recherche porte sur la modification des comportements sexuels suite à une blessure médullaire, il apparaît tout de même intéressant d'analyser les résultats obtenus aux échelles de satisfaction sexuelle. Ces échelles indiquent la satisfaction de la fréquence, le plaisir ressenti, le plaisir rapporté, la satisfaction ainsi que la justesse de perception du plaisir perçu chez sa partenaire et la mesure globale de satisfaction. Elles sont calculées sur l'ensemble des 17 activités sexuelles pouvant être présentes au sein de ces couples. Ceci apporte un élément différent et complémentaire à la compréhension de la dynamique sexuelle.

Les deux prochains tableaux, soit les tableaux 7 et 8, se concentrent sur les résultats obtenus aux échelles du QIS. Une seule échelle sur six obtient des résultats qui soulignent une différence entre les deux groupes.

Ainsi l'échelle «3» concernant la satisfaction de l'homme reliée au plaisir ressenti (rangs moyens 25.38 et 15.63, $U=102.5$, $p < .01$) indique que les hommes lésés ($M = 0.62$) obtiennent moins de satisfaction envers le plaisir ressenti concernant les 17 interactions que les hommes non blessés médullaires ($M = 0.20$) compte tenu qu'un score élevé indique un bas niveau de satisfaction.

Les cinq autres échelles du QIS sont considérées statistiquement équivalentes pour les deux groupes.

Analyses statistiques portant sur les relations entre les variables

Les corrélations de Spearman ont pour objectif de mettre en évidence l'existence des liens significatifs entre deux variables. Quatre variables ont été mises en liaison avec les variables déjà étudiées. Ce sont l'âge, le niveau de la lésion, le temps écoulé entre le traumatisme et la passation du QIS et la durée de la relation. Les trois premières variables ont été retenues, compte tenu que

Tableau 7

Test de Mann-Whitney Comparant les Résultats des
Deux Groupes aux Echelles
du QIS

Echelle	Groupe expérimental		Groupe contrôle		U	Niveau de signifi- cation (bidirec- tionnel)
	Rang moyen des échelles	Nombre de sujets	Rang moyen des échelles	Nombre de sujets		
1	23.23	20	17.77	20	145.5	0.14
3	25.38	20	15.63	20	102.5	0.01**
5	22.77	20	18.23	20	154.5	0.22
7	18.95	20	22.05	20	169.0	0.40
9	19.55	20	21.45	20	181.0	0.61
11	21.85	20	19.15	20	173.0	0.47

** valeur significative à $p \leq .01$

Tableau 8

Moyennes et Écarts-Types pour chacun des Deux
Groupes aux Échelles du QIS

Échelle	Groupe expérimental		Groupe contrôle	
	M	ÉT	M	ÉT
1	1.12	0.73	0.85	0.52
3	0.62	0.68	0.20	0.28
5	0.43	0.08	0.41	0.04
7	0.77	0.44	0.87	0.40
9	0.72	0.74	0.75	0.59
11	6.05	3.62	5.23	2.75

certains chercheurs (Willmuth, 1987; Larsen et al., 1984; Tsuji et al., 1961; Hohman, 1966; Fitzpatrick, 1974; Brockway et al., 1980; Cole et al., 1973; Janos et al., 1975; Farrow, 1990) s'y sont attardés, mais en sont arrivés à des hypothèses différentes et parfois divergentes. La dernière variable, soit la durée de la relation, a été sélectionnée compte tenu que l'adaptation à une nouvelle sexualité s'échelonne sur un certain laps de temps. Il est apparu important d'explorer des variables qui se rapportent à la notion du temps afin de préciser leur impact qui a d'ailleurs intéressé plusieurs auteurs (Willmuth, 1987; Cole, 1975; Comarr et al., 1978; Hohmann, 1972; Ray et al. 1984). L'âge et la durée de la relation sont disponibles pour les deux groupes tandis que le temps écoulé et le niveau de la lésion sont réservés exclusivement au groupe expérimental.

Les tableaux 9, 10 et 11 se concentrent sur les relations entre l'âge de l'homme d'une part et la fréquence actuelle, la fréquence souhaitée et les résultats aux échelles du QIS d'autre part.

Le tableau 9 indique qu'il existe un seul lien significatif et il se situe au sein du groupe expérimental. Plus précisément, la fréquence actuelle de l'interaction «A»

Tableau 9

Correlations de Spearman entre l'Age au Moment de la
Passation du QIS et la Fréquence Actuelle
de chaque Interaction Sexuelle du QIS
pour chacun des Deux Groupes

Interaction	Groupe expérimental		Groupe contrôle	
	R _S	Niveau de signi- fication (bidirectionnel)	R _S	Niveau de signi- fication (bidirectionnel)
A	0.44	0.05*	-0.17	0.48
B	0.41	0.07	-0.12	0.62
C	0.22	0.35	0.02	0.92
D	0.35	0.13	-0.03	0.89
E	0.23	0.34	-0.03	0.92
F	0.43	0.06	-0.08	0.75
G	0.08	0.74	0.02	0.92
H	0.04	0.87	-0.16	0.51
I	-0.03	0.90	0.05	0.83
J	0.24	0.32	0.20	0.39
K	0.17	0.47	0.24	0.30
L	0.20	0.40	0.24	0.31
M	0.16	0.49	0.04	0.88
N	0.30	0.20	0.15	0.52
O	0.19	0.41	-0.05	0.85
P	0.25	0.29	-0.19	0.43
Q	0.21	0.38	-0.14	0.56

* valeur significative à $p < .05$

où l'homme regarde sa partenaire alors qu'elle est nue ($r_s=0.44$, $p \leq .05$) augmente en fonction de l'âge. Aucune autre corrélation entre ces variables n'est considérée significative.

L'analyse du tableau 10 suggère la présence d'une donnée significative pour le groupe contrôle. Il s'agit de la fréquence souhaitée de l'interaction «K» où la femme caresse de ses mains les organes génitaux de son partenaire jusqu'à ce qu'il atteigne l'orgasme avec ou sans éjaculation ($r_s=0.48$, $p \leq .05$). La fréquence est plus élevée avec l'âge. Aucune autre donnée n'est considérée significative.

Le tableau 11 renferme les résultats aux échelles du QIS et indique que l'âge est lié à l'échelle 1 ($r_s=-0.47$, $p \leq .05$). Ce résultat suggère que la fréquence d'exécution est plus satisfaisante pour l'homme blessé médullaire à mesure que l'âge augmente.

Les tableaux 12, 13 et 14 font référence aux liens entre, d'une part, la durée de la relation et, d'autre part, la fréquence actuelle, la fréquence souhaitée et les échelles du QIS.

Le tableau 12 indique que deux données se démarquent des autres par leur niveau de signification. La première se

Tableau 10

Corrélations de Spearman entre l'Age au Moment de la
Passation du Q S et la Fréquence Souhaitée
de chaque Interaction Sexuelle du QIS
pour chacun des Deux Groupes

Interaction	Groupe expérimental		Groupe contrôle	
	R _S	Niveau de signi- fication (bidirectionnel)	R _S	Niveau de signi- fication (bidirectionnel)
A	0.28	0.24	-0.06	0.82
B	0.32	0.16	-0.08	0.73
C	0.11	0.66	0.13	0.57
D	-0.09	0.71	0.01	0.98
E	-0.15	0.53	-0.42	0.07
F	0.29	0.21	-0.24	0.31
G	0.08	0.74	-0.07	0.77
H	-0.10	0.68	-0.12	0.61
I	-0.06	0.81	0.28	0.23
J	-0.17	0.46	0.13	0.59
K	-0.09	0.71	0.48	0.03*
L	0.06	0.80	0.31	0.19
M	0.20	0.41	0.34	0.14
N	-0.05	0.83	0.16	0.50
O	-0.04	0.88	0.08	0.73
P	0.31	0.19	-0.16	0.51
Q	0.27	0.24	-0.00	0.99

*valeur significative à $p \leq .05$

Tableau 11

Corrélation de Spearman entre l'Age au Moment de la
Passation du QIS et les Résultats aux Échelles
du QIS pour chacun des Deux Groupes

Échelle	Groupe expérimental		Groupe contrôle	
	R _S	Niveau de signi- fication (bidirectionnel)	R _S	Niveau de signi- fication (bidirectionnel)
1	-0.47	0.04*	0.33	0.16
3	-0.23	0.34	0.20	0.41
5	0.26	0.26	0.12	0.61
7	-0.07	0.78	-0.27	0.25
9	-0.34	0.15	-0.27	0.25
11	-0.38	0.10	-0.17	0.48

* valeur significative à $p \leq .05$

Tableau 12

Corrélations de Spearman entre la Durée de la Relation et la
Fréquence Actuelle de chaque Interaction Sexuelle du QIS
pour chacun des Deux Groupes

Interaction	Groupe expérimental		Groupe contrôle	
	R _s	Niveau de signi- fication (bidirectionnel)	R _s	Niveau de signi- fication (bidirectionnel)
A	0.32	0.18	0.18	0.46
B	-0.25	0.30	0.11	0.66
C	0.27	0.25	-0.19	0.42
D	0.40	0.08	0.28	0.23
E	-0.00	0.99	0.11	0.64
F	0.30	0.20	0.17	0.49
G	0.28	0.23	-0.07	0.76
H	0.44	0.05*	0.17	0.48
I	0.27	0.24	0.03	0.91
J	-0.22	0.36	-0.36	0.12
K	-0.24	0.31	-0.26	0.26
L	0.16	0.52	0.15	0.53
M	-0.00	0.99	0.08	0.73
N	-0.29	0.22	-0.35	0.13
O	-0.15	0.53	-0.52	0.02*
P	0.23	0.34	0.03	0.91
Q	0.24	0.31	-0.01	0.96

* valeur significative à $p < .05$

retrouve à l'intérieur du groupe d'hommes lésés et se situe au niveau de la fréquence actuelle de l'interaction «H» où l'homme caresse de ses mains les organes génitaux de sa partenaire ($R_s = 0.44$, $p < .05$). Ces données indiquent que plus la relation est instaurée depuis longtemps et plus cette interaction est fréquente. Le deuxième lien significatif se situe au niveau de la fréquence actuelle de l'interaction «O» où la femme caresse avec sa bouche les organes génitaux de son partenaire jusqu'à ce qu'il atteigne l'orgasme avec ou sans éjaculation ($R_s = -0.52$, $p < .05$). Cette activité serait moins fréquente, chez les sujets contrôles, à mesure que la durée de la relation augmente.

Le tableau 13 suggère une seule donnée significative pour le groupe expérimental en ce qui concerne la fréquence souhaitée. Ainsi, plus la relation est longue et plus l'homme blessé souhaiterait une augmentation de l'interaction «E» où la femme masse le corps de son partenaire sans toutefois toucher à ses organes génitaux ($R_s = 0.51$, $p < .05$). En ce qui a trait au groupe contrôle, deux données significatives sont observées, soit à la fréquence souhaitée pour l'interaction «N» où la femme caresse avec sa bouche les organes génitaux de son partenaire ($R_s = -0.52$, $p < .05$) et à la fréquence souhaitée de l'interaction «O» où la femme caresse avec sa bouche les organes génitaux de son partenaire jusqu'à ce qu'il atteigne

Tableau 13

Corrélations de Spearman entre la Durée de la Relation et la
Fréquence Souhaitée de chaque Interaction Sexuelle du QIS
pour chacun des Deux Groupes

Interaction	Groupe expérimental		Groupe contrôle	
	R _s	Niveau de signi- fication (bidirectionnel)	R _s	Niveau de signi- fication (bidirectionnel)
A	0.41	0.08	0.11	0.64
B	0.08	0.73	0.12	0.62
C	0.12	0.62	0.22	0.35
D	0.28	0.23	0.18	0.46
E	0.51	0.02*	-0.10	0.66
F	0.23	0.34	0.01	0.97
G	0.28	0.23	-0.19	0.43
H	0.29	0.21	0.35	0.13
I	-0.11	0.63	0.08	0.72
J	-0.10	0.68	-0.09	0.71
K	-0.16	0.51	-0.10	0.69
L	0.16	0.50	0.25	0.28
M	-0.14	0.55	0.11	0.65
N	-0.14	0.56	-0.52	0.02*
O	-0.17	0.48	-0.54	0.01**
P	0.35	0.14	0.06	0.81
Q	0.19	0.41	0.38	0.10

* valeur significative à $p \leq .05$

** valeur significative à $p \leq .01$

l'orgasme avec ou sans éjaculation ($R_s = -0.54$, $p \leq .01$). Ces deux derniers résultats indiquent que l'homme non lésé souhaite moins fréquemment ces activités à mesure que la durée de la relation augmente.

Au tableau 14, aucun lien n'est considéré significatif entre la durée de la relation et les échelles du QIS, et ce pour les sujets du groupe expérimental comme pour ceux du groupe contrôle.

Les tableaux 15, 16 et 17 comportent uniquement des variables pour les sujets du groupe expérimental. Ainsi, le temps écoulé depuis la blessure a été mis en relation avec la fréquence actuelle, la fréquence souhaitée et les échelles de satisfaction du QIS.

L'analyse du tableau 15 montre que deux données se révèlent significatives, soit la fréquence actuelle de l'interaction «B» où la femme regarde son partenaire alors qu'il est nu ($R_s = 0.57$, $p \leq .01$) et celle de l'interaction «E» où la femme masse le corps de son partenaire sans toutefois toucher à ses organes génitaux ($R_s = 0.68$, $p \leq .001$). Ainsi, plus le laps de temps écoulé entre la blessure et la passation du questionnaire est long et plus ces deux interactions seraient fréquentes chez les sujets du groupe expérimental.

Tableau 14

Corrélation de Spearman entre la Durée de la Relation
et les Résultats aux Échelles du QIS pour chacun
des Deux Groupes

Échelle	Groupe expérimental		Groupe contrôle	
	R_s	Niveau de signi- fication (bidirectionnel)	R_s	Niveau de signi- fication (bidirectionnel)
1	-0.18	0.44	0.30	0.20
3	0.36	0.12	0.20	0.39
5	0.19	0.44	0.15	0.52
7	-0.07	0.78	0.31	0.18
9	0.23	0.33	0.30	0.19
11	-0.14	0.57	0.20	0.40

Tableau 15

Corrélations de Spearman entre le Temps Écoulé depuis la
Lésion Médullaire et la Fréquence Actuelle
de chaque Interaction Sexuelle du QIS
pour le Groupe Expérimental

Interaction	R_s	Niveau de signification (bidirectionnel)
A	0.32	0.16
B	0.57	0.01**
C	-0.24	0.31
D	0.16	0.49
E	0.68	0.00***
F	0.16	0.49
G	-0.02	0.93
H	-0.17	0.47
I	-0.07	0.77
J	0.40	0.08
K	0.27	0.26
L	0.08	0.75
M	-0.15	0.52
N	0.30	0.19
O	0.16	0.49
P	-0.06	0.79
Q	-0.20	0.41

** valeur significative à $p \leq .01$

*** valeur significative à $p \leq .001$

Aucune donnée n'est considérée significative au tableau 16 en ce qui concerne les liens pouvant exister entre le temps écoulé depuis la blessure et la fréquence souhaitée des activités sexuelles.

Le même phénomène se reproduit au tableau 17 pour les échelles de satisfaction sexuelle du QIS.

Les tableaux 18, 19 et 20 permettent d'étudier les liens entre le niveau de la lésion des hommes blessés et la fréquence actuelle, la fréquence souhaitée et les échelles du QIS.

Il serait opportun d'expliquer, à ce stade, le processus utilisé concernant l'attribution d'un score aux niveaux de la lésion. Ce résultat est obtenu en attribuant un point à chaque segment de la moëlle épinière et ce en débutant par la première vertèbre cervicale. Par exemple, un sujet qui a une lésion au niveau de la troisième vertèbre cervicale obtient un résultat de trois alors que celui qui est lésé au niveau de la deuxième vertèbre dorsale obtient un score de neuf.

L'analyse des tableaux 18, 19 et 20 permet de constater qu'il n'y a aucune relation significative entre les variables étudiées et le niveau de la lésion.

Tableau 16

Corrélations de Spearman entre le Temps Écoulé
depuis la Lésion Médullaire et la Fréquence
Souhaitée de chaque Interaction Sexuelle
du QIS pour le Groupe Expérimental

Interaction	R_s	Niveau de signification (bidirectionnel)
A	0.11	0.66
B	0.17	0.49
C	-0.25	0.30
D	0.19	0.41
E	0.15	0.54
F	0.20	0.41
G	-0.02	0.93
H	-0.32	0.17
I	-0.04	0.86
J	0.08	0.73
K	0.11	0.65
L	0.04	0.87
M	0.07	0.78
N	-0.01	0.97
O	-0.09	0.71
P	0.18	0.46
Q	-0.07	0.76

Tableau 17

Corrélation de Spearman entre le Temps Écoulé depuis la
Lésion Médullaire et les Résultats aux Échelles
du QIS pour le Groupe Expérimental

Échelle	R_s	Niveau de signification (bidirectionnel)
1	-0.16	0.49
3	-0.19	0.42
5	0.16	0.50
7	-0.06	0.79
9	-0.19	0.43
11	-0.07	0.76

Tableau 18

Corrélations de Spearman entre le Niveau de la Lésion
et la Fréquence Actuelle de chaque Interaction
du QIS pour le Groupe Expérimental

Interaction	R_s	Niveau de signification (bidirectionnel)
A	-0.30	0.20
B	-0.15	0.52
C	-0.28	0.24
D	-0.02	0.93
E	-0.07	0.78
F	0.29	0.21
G	-0.22	0.36
H	0.07	0.76
I	0.38	0.10
J	-0.11	0.64
K	-0.30	0.19
L	-0.28	0.23
M	-0.12	0.63
N	-0.14	0.57
O	-0.34	0.15
P	0.21	0.38
Q	-0.02	0.93

Tableau 19

Corrélations de Spearman entre le Niveau de la Lésion
et la Fréquence Souhaitée de chaque Interaction
Sexuelle du QIS pour le Groupe Expérimental

Interaction	R_s	Niveau de signification (bidirectionnel)
A	-0.37	0.11
B	-0.07	0.76
C	-0.31	0.19
D	-0.21	0.38
E	-0.16	0.50
F	0.20	0.41
G	-0.22	0.36
H	-0.31	0.18
I	0.05	0.84
J	-0.05	0.82
K	-0.02	0.95
L	-0.26	0.26
M	-0.03	0.89
N	-0.17	0.46
O	-0.26	0.27
P	0.04	0.87
Q	-0.01	0.96

Tableau 20

Corrélation de Spearman entre le Niveau de la Lésion
et les Résultats aux Échelles du QIS
pour le Groupe Expérimental

Échelle	R_s	Niveau de signification (bidirectionnel)
1	0.11	0.64
3	-0.06	0.81
5	0.04	0.86
7	0.09	0.71
9	0.07	0.78
11	0.19	0.42

Discussion

Cette dernière section est réservée à l'interprétation des résultats et se déroule en trois temps. La première partie se concentre sur les différences inter-groupes. La seconde partie se penchera sur les liens pouvant exister, d'une part entre l'âge de l'homme, la durée de la relation, le temps écoulé depuis la lésion et le niveau de la lésion et d'autre part envers la fréquence actuelle, la fréquence souhaitée et les échelles du QIS. Ces résultats seront interprétés à la lumière des recherches actuelles entreprises sur ces variables. La dernière partie aura pour objectif d'apporter l'élément clinique lié à la présente recherche.

Différences inter-groupes

Les résultats obtenus aux tests de comparaison de groupes suggèrent qu'il existe des différences significatives entre ceux-ci. Ces différences sont mises en évidence à cinq interactions qui se rapportent à la fréquence actuelle, à une interaction portant sur la fréquence souhaitée et à une échelle du QIS.

Au niveau des cinq interactions significatives reliées à la fréquence actuelle, deux de ces dernières obtiennent des fréquences plus élevées chez les hommes lésés. Elles visent les baisers (l'homme et la femme s'embrassant pendant

au moins une minute sans interruption) et les caresses envers la femme (l'homme caressant avec sa bouche les seins de sa partenaire). Par ailleurs, les activités faisant référence à la génitalité de l'homme (la femme caressant avec sa bouche les organes génitaux de son partenaire) et au coït (l'homme et la femme ayant un rapport sexuel [coït]) et (l'homme et la femme ayant un rapport sexuel [coït] les deux partenaires atteignant alors l'orgasme) sont moins fréquentes chez les hommes lésés. On remarque donc que certaines activités se rapportant aux baisers et aux caresses augmentent, tandis que les comportements axés sur la génitalité diminuent. Willmuth (1987), Cole (1975), Comarr et al. (1978), Hohmann (1972) et Ray et al. (1984) ont remarqué ce changement d'attitude. Entre autre, ils précisent que les hommes lésés misent sur le contact des corps afin d'atteindre un degré non génital de satisfaction.

La seule interaction qui obtient une différence significative en ce qui concerne la fréquence souhaitée est celle où l'homme blessé caresse avec sa bouche les seins de sa partenaire. Cette interaction se retrouve par ailleurs significative lorsque la fréquence actuelle est évaluée. Il est ainsi possible de prétendre que l'homme blessé médullaire pratique plus fréquemment cette activité et qu'il la souhaiterait encore plus présente que l'homme sans lésion.

En accord avec les hypothèses émises au premier chapitre, la présente recherche tend à démontrer que l'homme blessé médullaire aurait certaines activités sexuelles qui seraient différentes de celles des sujets sans lésion. De plus, il modifierait ses comportements sexuels en les orientant vers des activités moins génitalisées.

Face à cet état de fait, il apparaît justifié d'explorer le niveau de satisfaction que l'homme lésé ressent avec ses nouveaux comportements sexuels. Pour ce faire les résultats obtenus aux QIS viennent préciser le sens de ces différences.

Seule l'échelle mesurant la satisfaction de l'homme reliée au plaisir ressenti obtient un score significatif. Ainsi l'homme lésé se sentirait moins satisfait que l'homme non lésé face au plaisir qu'il ressent dans ses activités sexuelles.

A la lumière de ces résultats, il est possible de faire l'hypothèse que les activités sexuelles de l'homme blessé n'entraînent pas nécessairement une pleine satisfaction. Ces résultats ne peuvent appuyer les résultats de Farrow (1990) qui affirme que le système adaptatif de l'homme lésé lui offre une vie sexuelle profondément satisfaisante. Toutefois, il n'est cependant pas possible, à ce stade, de

préciser si les activités se rapportant au contact des corps (l'homme et la femme s'embrassant pendant au moins une minute sans interruption et où l'homme caresse avec sa bouche les seins de sa partenaire) sont pratiquées par l'homme lésé parce qu'il en retire lui-même du plaisir tel que rapporté par Hale (1979) ou parce qu'il désire plutôt satisfaire sa partenaire tel que décrit par Higgins (1979) ou parce qu'il s'agit d'une combinaison des deux. De plus, la généralisation de ces résultats est limitée. En effet, il est important de souligner qu'il existe davantage de résultats qui soulignent l'égalité des deux groupes comparativement à ceux qui mettent des différences en lumière.

Liens corrélatifs

Age de l'homme

L'âge de l'homme est mis en corrélation avec les dix-sept interactions, autant pour la fréquence actuelle, pour la fréquence souhaitée que pour les six échelles de l'homme au QIS. Une seule interaction pour l'homme blessé est considérée significative. Par ailleurs, une échelle du QIS démontre un lien significatif avec l'âge. Cette échelle étant composée de la moyenne des dix-sept activités, son

interprétation apparaît plus riche que celle des activités prises séparément.

Pour les sujets du groupe expérimental, la fréquence de l'activité où l'homme regarde sa partenaire alors qu'elle est nue et la satisfaction liée à la fréquence d'exécution des 17 activités prises globalement (échelle 1) augmentent de façon significative avec l'âge.

Bien qu'il n'est pas possible de généraliser l'interprétation de ces résultats puisque peu de variables obtiennent de lien significatif avec l'âge, il est néanmoins possible de suggérer une certaine tendance. En effet, il semble que les hommes blessés plus âgés soient davantage satisfaits de la fréquence des activités que les hommes plus jeunes. Il n'est cependant pas possible de préciser si c'est en raison d'une baisse de la libido avec l'âge tel que mentionné par Larsen et al. (1984), ou s'il s'agit de l'effet de l'adaptation à leur nouvelle condition. Des recherches ultérieures pourraient être entreprises afin de répondre à ces questions en regroupant les individus selon différents niveaux d'âge.

Durée de la relation

La durée de la relation est également analysée en fonction de la fréquence actuelle, de la fréquence souhaitée et des échelles du QIS. Deux activités pour les hommes blessés obtiennent des résultats significatifs. Par ailleurs, aucune échelle du QIS n'est liée à la durée de la relation.

Pour les sujets du groupe expérimental, l'activité «H» où l'homme caresse de ses mains les organes génitaux de sa partenaire augmente avec la durée de la relation. De plus, l'activité «E» où la femme masse le corps de son partenaire sans toutefois toucher à ses organes génitaux, est souhaitée plus fréquemment à mesure que la relation se développe. Aucune interaction liée à la génitalité de l'homme ne semble être priorisée par ces couples.

Ces résultats tendent à supporter les conclusions de Willmuth (1987), Cole (1975), Comarr et al. (1978), Hohmann (1972) et Ray et al. (1984) qui proposent que l'homme lésé privilégie plutôt le plaisir de sa partenaire par des activités comme la stimulation manuelle. Du moins, ceci s'observerait à mesure que la relation de couple se développe. Il apparaît plausible de croire qu'il s'agit là d'un processus d'adaptation dans lequel l'homme oriente sa

sexualité vers des activités qui sont gratifiantes plutôt que de rester fixé sur des comportements qu'il a perdu (exemple: la pénétration) en raison de sa condition physique. Le cunnilingus n'est pas apparu significatif et les résultats ne peuvent appuyer ceux des recherches précédentes portant sur cet aspect de la sexualité.

Il semble que l'homme blessé aimerait davantage les activités non génitales pour lui à mesure que la relation augmente en temps. Toutefois, les résultats de la présente recherche ne permettent pas de déterminer si l'homme souhaite du plaisir pour lui comme le rapporte Hale (1979) où s'il continuerait les activités sexuelles pour satisfaire sa partenaire en mettant de côté ses désirs et ses besoins sexuels, comme le mentionne Higgins (1979).

Temps écoulé

Le temps écoulé depuis la blessure a été mis en relation avec la fréquence actuelle, la fréquence souhaitée et les échelles du QIS. Seulement deux interactions obtiennent des résultats significatifs. Ainsi, la fréquence actuelle de l'activité «B», où la femme regarde son partenaire alors qu'il est nu, et de l'activité «E», où la femme masse le corps de son partenaire sans toutefois toucher à ses organes génitaux, augmentent avec le temps.

Ces résultats rejoignent les hypothèses faites dans les sections précédentes puisqu'ils tendent à démontrer que la sexualité de l'homme blessé médullaire serait caractérisée par des activités moins génitalisées à mesure que le temps s'écoule.

Niveau de la lésion

Aucune variable n'a révélé de lien significatif avec le niveau de la lésion. Cole et al. (1973) affirmaient que la satisfaction sexuelle est inversement proportionnelle au niveau de la lésion. Les résultats de cette recherche ne peuvent appuyer ces observations.

Discussion générale

L'ensemble des résultats obtenus suggère qu'il existe des attitudes particulières qui caractérisent la sexualité des hommes blessés médullaires. Cependant, ces différences doivent être interprétées d'une façon très prudente et ce, pour deux raisons. En premier lieu, il apparaît que le taux de réponses obtenu dans la présente recherche est bas, soit 10.8%. Ceci suggère que les données obtenues ne sont pas représentatives de la majorité de la population d'hommes lésés. Il est à se demander si des raisons autres que celles énumérées dans le deuxième chapitre (changement d'adresse, critères d'admissibilité tels l'âge, la durée de

la relation) ont un lien avec un tel niveau de participation. Des raisons telles l'abandon, la diminution ou une adaptation difficile à cette nouvelle sexualité aurait pu amener les hommes lésés à ne pas répondre.

Un second aspect doit être souligné afin de relativiser l'impact des résultats. Ainsi, les données obtenues proviennent d'une moyenne et non des résultats bruts des dix-sept interactions sexuelles du QIS. Ce procédé avait comme objectif de conserver le plus de répondants possibles pour obtenir le profil le plus précis de la problématique étudiée. Cette façon partielle de compléter le QIS est possiblement reliée au volontariat et au fait que les couples complétaient seul et à domicile leur questionnaire. La passation obligatoire de chaque interaction du QIS aurait possiblement amenée des résultats différents de ceux obtenus plutôt que d'utiliser la poste comme mode de collecte des données. Outre ces deux spécifications, il apparaît qu'une recherche faite avec cette clientèle, et plus particulièrement en ce qui concerne le thème de la sexualité, demeure un projet d'envergure et fait face à des embûches de taille.

La synthèse des résultats tend à appuyer la thèse selon laquelle les hommes lésés ont une sexualité qui diffère des hommes sans lésion. Par ailleurs, les différences

surviennent dans des aspects précis et n'englobent qu'une minorité d'interactions. Ces différences semblent être reliées à des modifications en profondeur de leur sexualité. Suite à une blessure médullaire, les hommes semblent privilégier une forme de contact sexuel autre que la génitalité. Ils sembleraient développer des zones érogènes secondaires et les activités sexuelles sont moins liées à la pénétration. D'ailleurs, l'analyse qualitative des questions à développement suggère que l'homme lésé retire sa satisfaction au travers du plaisir génital de sa partenaire. Ceci viendrait même avant son propre plaisir. Par ailleurs, les aspects qui déçoivent le plus l'homme blessé gravitent autour des possibilités restreintes d'érection, d'éjaculation et d'orgasme. Ces données corroborent l'ensemble des résultats obtenus lors de cette recherche.

Les résultats de cette recherche proposent que l'homme blessé médullaire conserve une sexualité en modifiant ses activités. Il en retire un plaisir moins grand comparativement aux sujets sans lésion. Ainsi, comme le proposent Berkman et al. (1978), il est possible qu'un certain nombre d'hommes arrive à être satisfait suite à une lésion médullaire mais il semble qu'il ne s'agit pas pour autant de la majorité.

Conclusion

Cette recherche a exploré la nature des activités sexuelles des couples dont l'homme est blessé médullaire. Elle avait pour objectif de déterminer s'il existe un changement dans la nature des activités sexuelles et, dans ce cas, de préciser vers quelle direction ce changement s'effectue. Elle reposait sur l'hypothèse que l'homme lésé change d'attitudes sexuelles suite à sa lésion et qu'il a tendance à investir sur le plaisir de sa partenaire plutôt que sur le sien.

Tel qu'attendu, les résultats tendent à suggérer que l'homme lésé change d'attitudes suite à sa lésion comparativement à l'homme sans blessure. Il aurait tendance à pratiquer plus fréquemment les baisers et les caresses envers sa partenaire et il rechercherait moins de plaisir génital pour lui-même.

Ce changement d'attitudes serait légèrement lié à des variables comme l'âge de l'homme, la durée de la relation et le temps écoulé depuis l'apparition de la blessure médullaire. Le niveau de la lésion n'apparaît pas lié à ce changement d'attitudes. Par ailleurs, les informations recueillies auprès des conjointes enrichissent cette recherche.

Eventuellement, il apparaît important d'explorer ce thème en apportant des éléments qui permettront de mieux cerner les processus impliqués. Il serait opportun d'appliquer cette recherche à une population plus vaste et de restreindre le volontariat. Ces mesures serviraient à obtenir des résultats sur un bassin représentatif de la population étudiée. Parallèlement, il pourrait être intéressant d'explorer le rôle des composantes religieuses et morales qui ont été jusqu'ici ignorées dans l'étude de cette problématique. L'implication des conjointes apparaît également essentielle dans ce type de recherche. En fin de piste, les résultats serviraient à mieux comprendre le lien entre la lésion médullaire et la sexualité et à orienter la réadaptation de cette clientèle puisque cette recherche souligne la présence d'un changement d'attitudes. Il est donc justifié de mettre en place des ressources adéquates et accessibles pour cette clientèle afin de faciliter leur adaptation.

Cette recherche se veut un outil de sensibilisation envers cette problématique. Les difficultés rencontrées au cours de cette recherche, soit le manque de matériel psychométrique adapté à cette clientèle, une information restreinte sur la nature des activités sexuelles incluant la conjointe et le nombre restreint de participants appuient l'importance d'explorer ce thème et de le démystifier.

Appendices

Appendice «A»

Profil clinique des sujetsGroupe expérimentalSujet 1:

Age: 46 ans

Scolarité: collégiale

Statut social: reçoit des rentes

État civil: divorcé; il a deux enfants; il a une relation avec sa partenaire actuelle depuis 1 an; partenaire différente que lorsqu'il a eu sa lésion

Lésion médullaire: D7 depuis 5 ans;

Étiologie: une chute

Sujet 2:

Age: 44 ans

Scolarité: primaire

Statut social: reçoit des rentes

État civil: divorcé; il a un enfant; il a une relation avec sa partenaire actuelle depuis 1 an; partenaire différente que lorsqu'il a eu sa lésion

Lésion médullaire: D7 depuis 12 ans;

Étiologie: un accident de la route

Sujet 3:

Age: 41 ans

Scolarité: secondaire

Statut social: reçoit des rentes

État civil: divorcé; il n'a aucun enfant; il vit une relation avec sa partenaire depuis 2 ans; partenaire différente que lorsqu'il a eu sa lésion

Lésion médullaire: D8 depuis 10 ans;

Étiologie: une arme à feu

Sujet 4:

Age: 25 ans

Scolarité: secondaire professionnel

Statut social: journalier

État civil: marié; aucun enfant; il vit une relation avec sa partenaire depuis 3 ans; partenaire différente que lorsqu'il a eu sa lésion

Lésion médullaire: D12 depuis 5 ans;

Étiologie: un accident de la route

Sujet 5:

Age: 26 ans

Scolarité: secondaire

Statut social: reçoit des rentes

État civil: marié; aucun enfant; il vit une relation avec sa partenaire depuis 3 ans; pas la même partenaire que lorsqu'il a eu sa blessure médullaire

Lésion médullaire: D6 depuis 5 ans;

Étiologie: un accident de la route

Sujet 6:

Age: 28 ans

Scolarité: université (baccalauréat)

Statut social: en recherche d'emploi

État civil: vit en union libre depuis 5 ans; aucun enfant; partenaire différente que lorsqu'il a eu sa lésion;

Lésion médullaire: D5 depuis 8 ans

Étiologie: accident de travail

Sujet 7:

Age: 29 ans

Scolarité: universitaire (maîtrise)

Statut social: étudiant

État civil: vit en union libre depuis 3 ans; partenaire différente que lorsqu'il a eu sa blessure médullaire; aucun enfant

Lésion médullaire: D3 depuis 5 ans

Étiologie: accident de la route

Sujet 8:

Age: 43 ans

Scolarité: universitaire (baccalauréat)

Statut social: reçoit des rentes

État civil: divorcé; vit en union libre depuis 4 ans; un enfant; partenaire différente que lorsqu'il a eu sa lésion

Lésion médullaire: D7 depuis 5 ans

Étiologie: un accident de travail

Sujet 9:

Age: 39 ans

Scolarité: universitaire (maîtrise)

Statut social: professionnel

État civil: marié depuis 2 ans; partenaire différente que lorsqu'il a eu sa lésion; aucun enfant

Lésion médullaire: D5 depuis 7 ans

Étiologie: un accident de la route

Sujet 10:

Age: 39 ans

Scolarité: secondaire professionnel

Statut social: reçoit des rentes

État civil: marié depuis 19 ans; même partenaire que lorsqu'il a eu sa blessure médullaire; 4 enfants

Lésion médullaire: D10 depuis 4 ans;

Étiologie: un accident de la route

Sujet 11:

Age: 30 ans

Scolarité: secondaire

Statut social: reçoit des rentes

État civil: vit en union libre depuis 3 ans; partenaire différente que lorsqu'il a eu sa blessure; aucun enfant

Lésion médullaire: D10 depuis 5 ans;

Étiologie: un accident de la route

Sujet 12:

Age: 34 ans

Scolarité: collégial

Statut social: professionnel

État civil: célibataire; vit une relation de couple depuis 2 ans; partenaire différente que lorsqu'il a eu sa lésion médullaire; aucun enfant

Lésion médullaire: D9 depuis 6 ans

Étiologie: un accident de la route

Sujet 13:

Age: 27 ans

Scolarité: secondaire

Statut social: professionnel

État civil: vit en union libre depuis 2 ans; partenaire différente que lorsqu'il a eu sa lésion médullaire; aucun enfant

Lésion médullaire: D7 depuis 7 ans

Étiologie: séquelle d'une maladie

Sujet 14:

Age: 35 ans

Scolarité: secondaire professionnel

Statut social: professionnel

État civil: marié depuis 5 ans; partenaire différente que lorsqu'il a eu sa lésion médullaire; aucun enfant

Lésion médullaire: D12 depuis 16 ans;

Étiologie: la pratique d'un sport

Sujet 15:

Age: 33 ans

Scolarité: secondaire

Statut social: reçoit des rentes

État civil: marié depuis 11 ans; même partenaire que lorsqu'il a eu sa lésion médullaire; aucun enfant

Lésion médullaire: D11 depuis 9 ans

Étiologie: un accident de la route

Sujet 16:

Age: 33 ans

Scolarité: universitaire (doctorat)

Statut social: professionnel

État civil: marié depuis 8 ans; même partenaire que lorsqu'il a eu sa blessure médullaire; un enfant

Lésion médullaire: C6 depuis 4 ans

Étiologie: un accident de la route

Sujet 17:

Age: 32 ans

Scolarité: secondaire

Statut social: étudiant

État civil: célibataire; aucun enfant; vit en union libre depuis un an; partenaire différente que lorsqu'il a eu sa lésion;

Lésion médullaire: C5 depuis 14 ans

Étiologie: un accident de la route

Sujet 18:

Age: 37 ans

Scolarité: collégial

Statut social: professionnel

État civil: marié depuis 8 ans; partenaire différente que lorsqu'il a eu sa lésion; 2 enfants

Lésion médullaire: C5 depuis 16 ans

Étiologie: un accident de la route

Sujet 19

Age: 33 ans

Scolarité: secondaire

Statut social: reçoit des rentes

État civil: vit en union libre depuis 3 ans; partenaire différente que lorsqu'il a eu son accident; aucun enfant

Lésion médullaire: C5 depuis 6 ans

Étiologie: un accident de la route

Sujet 20

Age: 31 ans

Scolarité: secondaire

Statut social: reçoit des rentes

État civil: vit en union libre depuis 11 ans; même partenaire que lorsqu'il a eu son accident; aucun enfant

Lésion médullaire: C7 depuis 7 ans

Étiologie: un accident de la route

Groupe contrôleSujet 1:

Age: 27 ans

Scolarité: collégial

Statut social: journalier

État civil: célibataire; vit en union libre depuis 2 ans,
aucun enfant

Sujet 2:

Age: 42 ans

Scolarité: secondaire professionnel

Statut social: journalier

État civil: vit en union libre depuis 2 ans; aucun enfant

Sujet 3:

Age: 42 ans

Scolarité: secondaire

Statut social: journalier

État civil: célibataire; vit une relation depuis 5 ans;
aucun enfant

Sujet 4:

Age: 36 ans

Scolarité: secondaire

Statut social: journalier

État civil: marié depuis 8 ans; aucun enfant

Sujet 5:

Age: 29 ans

Scolarité: secondaire professionnel

Statut social: journalier

État civil: marié depuis 1 an; 2 enfants

Sujet 6:

Age: 37 ans

Scolarité: secondaire

Statut social: professionnel

État civil: marié depuis 16 ans; 2 enfants

Sujet 7:

Age: 32 ans

Scolarité: universitaire (baccalauréat)

Statut social: professionnel

État civil: vit en union libre depuis 6 ans; aucun enfant

Sujet 8:

Age: 32 ans

Scolarité: universitaire (baccalauréat)

Statut social: en recherche d'emploi

État civil: divorcé; vit en union libre depuis 1 an;
un enfant

Sujet 9:

Age: 28 ans

Scolarité: université (baccalauréat)

Statut social: professionnel

État civil: marié depuis 6 ans; 1 enfant

Sujet 10:

Age: 33 ans

Scolarité: universitaire (baccalauréat)

Statut social: professionnel

État civil: vit en union libre depuis 10 ans; aucun enfant

Sujet 11:

Age: 40 ans

Scolarité: universitaire (baccalauréat)

Statut social: professionnel

État civil: vit en union libre depuis 4 ans; aucun enfant

Sujet 12:

Age: 26 ans

Scolarité: universitaire (baccalauréat)

Statut social: étudiant

État civil: vit en union libre depuis 1 an; 2 enfants;

Sujet 13:

Age: 33 ans

Scolarité: secondaire professionnel

Statut social: journalier

État civil: marié depuis 8 ans; aucun enfant

Sujet 14:

Age: 31 ans

Scolarité: collégial

Statut social: journalier

État civil: vit en union libre depuis 2 ans; aucun enfant

Sujet 15:

Age: 31 ans

Scolarité: universitaire (baccalauréat)

Statut social: professionnel

État civil: marié depuis 11 ans; un enfant

Sujet 16:

Age: 26 ans

Scolarité: universitaire (baccalauréat)

Statut social: professionnel

État civil: marié depuis 3 ans; aucun enfant

Sujet 17:

Age: 35 ans

Scolarité: secondaire professionnel

Statut social: professionnel

État civil: marié depuis 9 ans; 3 enfants

Sujet 18:

Age: 34 ans

Scolarité: secondaire

Statut social: professionnel

État civil: vit en union libre depuis 1 an; 3 enfants;

Sujet 19:

Age: 41 ans

Scolarité: universitaire (baccalauréat)

Statut social: professionnel

État civil: vit en union libre depuis 2 ans; aucun enfant

Sujet 20:

Age: 46 ans

Scolarité: universitaire (baccalauréat)

Statut social: professionnel

État civil: vit en union libre depuis 2 ans; un enfant

Appendice «B»

Résultats individuels

Tableau 21

Données Brutes de la Fréquence Actuelle de chaque Activité
du QIS pour chacun des Sujets du Groupe Expérimental

Sujet	Activités																
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
1	6	5	7	2	2	7	7	7	6	4	3	5	5	3	3	4	4
2	3	7	3	5	4	5	5	4	2	2	1	4	4	1	1	1	1
3	5	5	3	5	7	7	7	6	3	7	5	2	1	7	1	5	1
4	1	3	3	1	1	4	5	1	2	1	1	1	1	1	1	4	3
5	2	3	6	3	2	5	7	7	6	7	2	2	2	2	1	4	4
6	5	3	3	5	4	3	3	6	6	2	2	2	2	1	1	1	1
7	3	3	4	2	2	6	7	7	7	1	1	3	4	1	1	1	1
8	7	7	7	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
9	3	3	5	2	2	3	2	3	3	2	1	1	2	1	1	1	1
10	7	1	7	4	1	7	7	7	6	1	1	5	4	1	1	7	7
11	1	3	4	3	3	4	4	5	4	1	1	3	4	1	1	1	1
12	3	3	2	2	4	5	3	3	2	3	1	4	4	2	1	2	2
13	2	3	6	2	6	6	7	7	6	5	3	7	6	3	3	3	1
14	4	4	6	2	6	7	7	7	7	7	1	7	7	2	1	2	1
15	7	7	6	5	3	7	7	7	7	3	2	4	4	2	2	7	6
16	2	1	7	3	2	2	7	6	1	2	1	7	7	1	1	2	1
17	7	7	7	2	3	3	7	3	2	6	6	7	6	5	5	3	2
18	7	5	6	5	7	7	7	6	2	4	3	5	1	3	3	7	7
19	7	7	6	2	3	5	7	6	2	6	3	7	7	6	5	3	7
20	7	4	6	3	5	7	7	7	4	2	1	6	4	1	1	1	1

Tableau 22

Données Brutes de la Fréquence Actuelle de chaque Activité
du QIS pour chacun des Sujets du Groupe Contrôle

Sujet	Activités																
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
1	3	3	2	2	2	2	3	6	5	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	1	4	1	3	7	7	4	5	6	6	1	1	2	2	6	6
3	4	5	4	2	2	5	5	4	2	4	4	6	6	4	1	4	5
4	5	5	4	3	2	6	2	7	5	6	5	4	2	5	4	4	1
5	1	1	4	1	3	3	3	1	1	3	3	1	1	4	4	5	5
6	2	3	2	3	3	6	4	4	3	5	3	5	5	4	3	4	6
7	5	5	4	3	3	7	6	6	5	6	1	4	3	5	1	7	4
8	4	4	5	3	3	5	4	4	3	5	5	6	6	4	4	5	5
9	7	7	2	2	1	7	6	7	2	4	3	5	4	2	2	5	4
10	5	2	2	3	2	7	6	5	4	2	1	5	4	3	2	6	6
11	2	2	2	3	2	4	4	4	4	3	3	2	1	2	2	3	2
12	5	5	4	2	2	7	6	7	5	7	2	2	2	7	3	7	7
13	7	6	6	6	6	4	5	3	2	2	2	4	3	5	2	7	1
14	4	4	4	4	4	6	6	6	3	5	2	4	4	4	4	4	7
15	6	6	6	5	4	7	6	6	5	4	2	5	3	1	1	7	6
16	4	4	6	4	3	6	5	3	2	5	5	1	1	2	2	5	5
17	2	2	3	3	3	6	5	4	1	2	1	2	1	2	1	6	6
18	5	5	3	5	2	7	7	2	2	5	2	7	7	7	3	7	3
19	7	7	7	5	4	7	7	7	5	6	6	6	1	4	2	6	6
20	4	4	5	2	2	3	4	4	3	7	2	3	3	6	4	4	2

Tableau 23

Données Brutes de la Fréquence Souhaitée de chaque Activité
du QIS pour chacun des Sujets du Groupe Expérimental

Sujet	Activités																
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
1	6	5	7	2	2	7	7	7	6	4	3	5	5	3	3	4	4
2	5	7	5	5	4	5	6	5	4	4	3	5	5	3	3	3	5
3	5	5	3	3	3	7	7	5	7	7	7	3	7	7	7	5	7
4	4	3	4	3	3	5	6	4	3	3	3	3	3	3	2	1	4
5	5	7	7	6	5	6	7	7	7	7	2	5	3	2	1	3	4
6	5	3	3	5	7	3	3	7	7	4	4	2	2	3	3	4	4
7	3	3	4	2	2	6	7	7	7	7	7	4	5	7	7	1	1
8	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
9	3	3	5	3	3	3	2	3	3	2	1	1	2	1	1	1	1
10	7	7	7	4	7	7	7	7	6	1	1	5	4	1	1	7	7
11	2	2	4	5	4	4	4	5	4	7	7	4	5	7	7	1	1
12	3	2	2	1	3	5	3	3	3	4	5	3	3	3	1	4	6
13	4	4	7	5	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
14	4	4	6	3	6	7	7	7	7	7	7	7	7	4	1	7	1
15	7	7	6	7	4	7	7	0	0	6	4	5	5	3	3	7	7
16	6	2	7	5	5	4	7	7	3	6	7	7	7	7	7	7	7
17	7	6	7	6	6	6	7	5	4	6	7	7	7	5	6	5	3
18	7	5	6	7	6	7	7	6	3	6	4	5	3	6	4	7	7
19	7	7	7	4	4	5	7	7	4	7	5	7	7	7	6	5	7
20	7	5	6	3	7	7	7	7	4	3	1	6	4	1	1	1	1

Tableau 24

Données Brutes de la Fréquence Souhaitée de chaque Activité
du QIS pour chacun des Sujets du Groupe Contrôle

Sujet	Activités																
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
1	3	3	3	3	4	3	3	6	4	3	2	2	2	4	4	3	3
2	5	3	6	4	3	7	7	4	5	6	6	1	1	6	6	6	6
3	4	4	5	3	3	5	5	4	4	5	5	6	6	5	4	5	6
4	5	5	6	3	2	6	3	7	6	6	5	6	4	5	4	4	7
5	2	2	4	2	6	7	7	1	1	4	4	1	1	7	7	5	5
6	2	2	5	5	4	5	3	4	3	4	3	5	5	4	3	4	6
7	5	5	5	3	4	7	6	7	6	7	3	4	4	6	4	7	6
8	5	5	5	4	4	5	4	4	4	5	5	6	6	5	5	5	5
9	7	7	5	3	3	7	6	7	2	5	3	5	4	4	4	5	6
10	7	7	4	4	4	7	7	7	5	4	3	6	4	5	3	6	6
11	3	3	4	3	4	4	4	5	5	4	4	4	3	4	4	4	4
12	5	5	5	4	5	7	6	7	5	7	3	3	3	7	3	7	7
13	7	6	6	6	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7
14	4	4	4	4	4	6	6	6	4	5	2	4	4	4	4	4	7
15	6	6	6	5	5	7	6	6	4	6	3	5	3	3	3	7	6
16	4	4	7	4	4	6	5	3	3	5	5	2	2	4	4	5	5
17	2	2	4	3	3	6	5	5	3	4	3	3	3	3	3	6	6
18	5	5	3	4	3	7	7	3	4	5	3	7	7	7	6	7	3
19	7	7	7	5	4	7	7	7	5	6	5	6	5	5	4	6	6
20	4	5	5	3	4	4	4	5	4	7	5	4	4	7	4	3	5

Tableau 25

Résultats Obtenus à chaque Échelle du QIS pour
chacun des Sujets du Groupe Expérimental.

Sujet	Echelles					
	1	3	5	7	9	11
1	0.00	0.18	0.43	0.35	0.12	0.94
2	1.35	0.88	0.38	1.65	2.35	11.18
3	1.88	0.24	0.44	1.12	0.18	6.76
4	1.71	0.59	0.33	0.53	2.41	8.76
5	1.24	0.59	0.39	1.29	0.53	8.59
6	1.12	1.47	0.34	1.06	1.18	7.47
7	1.24	1.06	0.37	0.65	0.47	5.59
8	0.12	0.00	0.47	0.59	0.00	2.71
9	0.12	0.00	0.59	0.07	0.00	1.03
10	0.92	0.77	0.55	0.85	0.54	4.67
11	2.07	0.18	0.52	0.64	0.36	5.80
12	1.13	1.25	0.33	0.93	1.53	8.79
13	2.06	0.00	0.46	0.59	0.06	6.59
14	0.57	0.47	0.46	1.00	0.44	6.51
15	0.87	0.27	0.44	0.47	0.44	3.07
16	2.82	2.88	0.28	1.77	1.82	16.35
17	1.24	0.06	0.44	0.71	0.41	4.94
18	0.77	0.35	0.44	0.18	0.29	2.76
19	0.82	0.35	0.44	0.59	0.47	4.24
20	0.31	0.77	0.53	0.42	0.77	4.20

Tableau 26

Résultats Obtenus à chaque Échelle du QIS pour
chacun des Sujets du Groupe Contrôle

Sujet	Echelles					
	1	3	5	7	9	11
1	0.77	0.06	0.35	1.47	1.35	5.88
2	1.06	0.47	0.36	1.53	0.88	7.41
3	0.82	0.24	0.41	0.59	0.41	5.41
4	0.82	0.12	0.44	1.06	1.24	6.88
5	1.29	1.06	0.32	0.47	2.18	13.76
6	0.59	0.18	0.42	0.71	0.29	3.12
7	0.82	0.65	0.39	1.24	1.24	5.82
8	0.41	0.00	0.45	0.77	0.12	3.18
9	0.77	0.00	0.47	0.18	1.41	7.29
10	1.41	0.53	0.41	0.94	0.82	6.41
11	1.24	0.00	0.37	1.18	1.18	6.41
12	0.53	0.06	0.42	0.59	0.24	3.47
13	2.59	0.12	0.47	1.00	1.24	6.29
14	0.06	0.00	0.42	0.53	0.06	1.94
15	0.53	0.00	0.42	0.77	0.53	3.53
16	0.53	0.12	0.34	1.65	0.59	6.18
17	0.82	0.18	0.41	0.65	0.94	5.06
18	0.53	0.06	0.42	0.53	0.06	2.41
19	0.47	0.00	0.44	0.41	0.24	2.47
20	1.00	0.12	0.42	0.24	0.06	1.65

Références

- BERKMAN, A., WEISSMAN, R., & FRIELICH, M. (1978). Sexual adjustment of spinal cord injured veterans living in the community. Archives of Physical Medecine and Rehabilitation, 59, 29-33
- BROCKWAY, J.A., & STEGER, J. (1980). Sexual attitude and information questionnaire: Reliability and validity in a spinal cord injured population. Sexuality and Disability, 3(4) 49-61.
- CLOUTIER, L.G. (s.d.). Paraplégie et quadraplégie. Document Inédit, Société de l'Assurance Automobile du Québec.
- COLE, T. M. (1975). Sexuality and physical disabilities. Archives of Sexual Behavior, 4, 389-403.
- COLE, T.M. (1979). Sexuality and the spinal cord injured. Human Sexuality: A Health Practitioner's Test. 2, (243 - 263).
- COLE, T.M., CHILGREN, R., & ROSENBERG, P. (1973). A new program of sex education and counseling for spinal cord injured adults and health care professionals. Paraplegia, 11(2), 111-124.
- COMARR, A.E. (1970). Sexual function among patients with spinal cord injury. Urology Institute, 25, 134-168.
- COMARR, E. A., & VIGUE, M. (1978). Sexual counseling among male and femal patients with spinal cord and/or cauda equina injury part 1. American Journal of Physical Medecine, 57(3), 107-122.
- DUNN, M., LLOYD, E.E., & PHELPS, G.H. (1979). Sexual assertiveness in spinal cord injury. Sexuality and Disability, 2(4), 293-300.
- FARROW, J. (1990). Sexuality counseling with clients who have spinal cord injuries. Rehabilitation Counseling Bulletin, 33(3), 251-259.
- FITZPATRICK, W. (1974). Sexual function in the paraplegic patient. Archives of Physical Medecine and Rehabilitation, 55, 221-227.
- GEIGER, G.C. (1979). Neurophysiology of sexual response in spinal cord injury. Sexuality and Disability, 2, 143-156.
- HALE, G. (1979). Source book for the disabled. Philadelphia: Saunders.

- HIGGINS, G. E., JR. (1979). Sexual response in spinal cord injured adults: A review of the literature. Archives of Sexual Behavior, 8(2), 173-196.
- HOHMANN, G.W. (1966). Some effects of spinal cord lesions on experienced emotional feelings. Psychophysiology, 3, 143-156.
- HOHMANN, G. W. (1972). Considerations in management of psychosexual readjustment in the cord injured male. Rehabilitation Psychology, 19(2), 50-58.
- JANOS, T.M., & HAKMILLER, K.L. (1975). Some effects of lesion level and emotional cues on affective expression in spinal cord patients. Psychological Reports, 37, 859-870.
- LARSEN, E., & HEJGAARD, N. (1984). Sexual dysfunction after spinal cord or cauda equina lesions. Paraplegia, 22, 66-74.
- LEFRANÇOIS, R. (1991). Dictionnaire de la recherche scientifique. Editions Némésis: Lennoxville.
- LOPICCOLO, J., & STEGER, J. C. (1974). The sexual interaction inventory: A new instrument for assessment of sexual dysfunction. Handbook of Sex Therapy. New York: Plenum Press.
- LOPICOLLO, L., & Heiman, J.R. (1978). Sexual assessment and history interview. Handbook of Sex Therapy. New York: Plenum Press.
- MARTIN, L., & BAILLARGEON, G. (1989). Statistique appliquée à la psychologie. Trois-Rivières: Les Éditions SMG.
- MONEY, J. (1960). Phantom orgasm in the dreams of paraplegic men and women. Archive General Psychiatry, 3, 373-382.
- PHELPS, G., BROWN, M., CHEN, J., & DUNN, M. (1983). Sexual experience and plasma testosterone levels in male veterans after spinal cord injury. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 64, 47-52.
- RAY, C., & WEST, J. (1984). Social, sexual and personal implications of paraplegia. Paraplegia, 22, 75-86.
- SIEGEL, S. (1956). Nonparametric statistics for the behavioral sciences. New York: McGraw-Hill.

- SINGH, S.P., & MANGER, T. (1975). Sex and self: The spinal cord injured. Rehabilitation Literature, 36, 2-10.
- TARABULCY, E. (1972). Sexual function in the normal and in paraplegia. Paraplegia, 10, 201-208.
- TREMPE, J.P. (1981) Exploration détaillée de mon vécu sexuel. Montréal: Université du Québec à Montréal.
- TRUDEL, G., & Dufort, F. (1984). Le questionnaire d'interaction sexuelle: Une analyse psychométrique. Revue Québécoise de Psychologie, 5(2), 270-280.
- TSUJI, I., NAKAJIMA, F., MORIMOTO, J., & NOUNAKA, Y. (1961). The sexual function in patients with spinal cord injury. Urology Internationalis, 12, 270-280.
- UYTTENDAELE, M., D'HOOGHE, M., BRUSSELMANS, W., De GROOTE, W., & CLAESSENS, H. (1979). The sexual problem in tetra and paraplegia, physical and relational aspects. Acta Orthopaedica Belgica, 45(4), 470-479.
- WEISS, A.J., & DIAMOND, M.D. (1966). Sexual adjustment identification and attitudes of patients with myelopathy. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 47, 245-250.
- WILLMUTH, M. E. (1987). Sexuality after spinal cord injury: A critical review. Clinical Psychology Review, 7, 389-413.
- ZEITLIN, A.B., Cottrell, T.L., & Lloyd, F.A. (1957). Sexology of the paraplegic male. Fertile Sterile, 8, 337-344.